



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA

LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON UNA ENFERMEDAD
CRONICA EN UNA COMUNIDAD INDIGENA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

RAFAEL PASCUAL AYALA



UNAM FES ZARAGOZA
LO HUMANO
ES
DE NUESTRA REFLEXION

DIRECTOR: DR. CARLOS SERRANO SANCHEZ
ASESOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GOMEZ

PAPIIT IN307603
PAPIME EN211203

DE ESTUDIOS
SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA
TÉCNICA
PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 2005

m341193



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SINODO

Dr. Carlos Serrano Sánchez

Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez

Lic. Eduardo Arturo Contreras Ramírez

Dr. Bonifacio Caballero Noguéz

Lic. María Enriqueta Figueroa Rubio

Para la realización de este trabajo se recibieron becas otorgadas por:

- Proyecto DGAPA-PAPIIT, UNAM *Antropología de la región de Orizaba. Población Cultura y Salud*, clave IN307603.
- Proyecto DGAPA-PAPIME, UNAM *Formación de profesionales para la atención multidisciplinaria a personas con diabetes*, clave EN211203.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Secretaría de Educación Pública (SEP), Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior (ANUIES), Fundación Ford, mediante el premio *Fortalecimiento y Consolidación de Proyectos de Servicio Social Comunitario 2002*.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIA	III
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1: DIABETES MELLITUS	
Historia	6
Diferentes definiciones de diabetes mellitus	7
Complicaciones	10
Tratamiento de la diabetes mellitus	13
Factores que favorecen la aparición de la diabetes	14
CAPÍTULO 2: ESTADO DEL ARTE	
En el mundo	16
En México	17
CAPÍTULO 3: PACIENTE-ENFERMEDAD VS PERSONA-PADECIMIENTO. Aspectos teóricos	
Adherencia terapéutica	27
Paciente-enfermedad vs. Persona-padecimiento	30
CAPÍTULO 4: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	
Definición	37
Métodos de investigación cualitativa	37
Fenomenología	38
Subjetividad	42
Corrientes filosóficas que fundamentan la subjetividad	43
Fenomenología y salud	45

CAPÍTULO 5: IXHUATLANCILLO. La tierra donde nació	
Historia	46
Ubicación y contexto	46
Indicadores demográficos	47
Vivienda y servicios públicos	47
Unidades de comercio y abasto	47
Fiestas populares	47
Educación	48
Salud	48
CAPÍTULO 6: METODOLOGÍA	
Propósito	49
Tipo de estudio	49
Diseño	49
Selección del área y muestra	49
Métodos	50
Estrategias y técnicas de obtención de la información	51
Codificación y análisis de los datos	51
CAPÍTULO 7: RESULTADOS	
Con diabetes: medicina para los que tienen dinero y yerbas para los pobres	53
La verda' lo que gano no me alcanza	56
Como somos tantos, la comida apenas es pa' que le dé sabor a la tortilla	59
CAPÍTULO 8: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
Factores que se contraponen al tratamiento y control de la diabetes	63
CAPÍTULO 9: CONCLUSIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas, de las cuales recibí su apoyo, y aprendí tanto durante el tiempo que duró esta primera etapa de mi vida escolar, sé que con muchos aún quedo en deuda, pero este primer capítulo me da la fuerza necesaria para continuar avanzando. No sé que me depara el futuro, sólo se que, lo que viene por delante voy a vivirlo con toda intensidad, que pondré aún más esfuerzo para seguir cumpliendo mis metas y objetivos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme acogido, quizás sin merecerlo, como uno de sus estudiantes. Así como a todas aquellas instituciones que me apoyaron en este camino y que fueron de vital importancia para poder recorrerlo.

A la Dra. Mónica Aguilar, los profesores Gilberto Romero, Ernestina Molohua y Rufino Tzoyohua, por su ayuda para poder ingresar a ese maravilloso lugar llamado Ixhuatlancillo.

A Carlos Serrano Sánchez, Marco A. Cardoso Gómez, Ma. Enriqueta Figueroa Rubio, Gloria M. Moreno Baena, Verónica Bravo Almazán, Ramón Rocha Manilla y Agustín García Márquez, por todo el apoyo recibido durante el tiempo que duró esta investigación.

A María de Lourdes Reyes, Cynthia Pichardo, Violeta E. Valadez, Diana E. Romero, Aurora Valdez, por su apoyo e interés en esta investigación.

A Carlos Serrano Sánchez, Marco A. Cardoso Gómez, Ma. Enriqueta Figueroa Rubio, Bonifacio Caballero Noguéz y Eduardo A. Contreras Ramírez, por sus comentarios y sugerencias para este trabajo.

A Daniel, Esmeralda, María Guadalupe, Nallely, Anabel, Guadalupe, Lizbeth, Jacqueline, Jaime, Janet, Berenice, Betzabé, Laura, Patricia, Esteban, Samuel, Adolfo, Federico, Octavio, Román y Rigoberto, por hacer de mi vida escolar un recuerdo inolvidable.

Un agradecimiento especial a la familia Flores Flores, por haberme aceptado como un miembro más, y a todas aquellas personas de Ixhuatlancillo, Veracruz, que día a día abrieron las puertas de su casa y de su corazón, para que esto fuera posible.

Por último quiero dar gracias a Dios por la propia vida.

“Cuando una persona realmente desea algo,
el Universo entero conspira para que realice sus sueños”
Paulo Coelho

DEDICATORIA

A quien de lo que aquí escribo sabe más...

...Mi madre...

...Por padecer diabetes

a:

Alejandro, por hacerla de
padre, hermano y amigo

Raúl, por todo el apoyo
recibido y sus palabras de
aliento

Mi padre, por haberme
impulsado en el inicio de esta
travesía

Gaby, por soportarme todo
este tiempo, apoyarme y estar
a mi lado en los momentos de
fragilidad

a:

Mi alquimista...

...Marco...

...No sé si poseas la gran obra...

...sólo sé que me pusiste en
el camino de la búsqueda de mi leyenda personal

RESUMEN

La diabetes en nuestro país es un problema de salud pública, con características de epidemia, al ubicarse como la primera causa de muerte. En el ámbito mundial, México ocupa el noveno lugar en incidencia de diabetes y de seguir la tendencia actual, se ubicará en el séptimo sitio. Esta enfermedad ha evolucionado gravemente y la mayor parte de su importancia radica en las complicaciones que de ella se derivan.

Actualmente la medicina institucional o académica, dispone de un arsenal científico y terapéutico que idealmente puede ser exitoso, sin embargo, las estrategias desarrolladas por la forma institucional de atención a la diabetes, adherencia y cumplimiento, no han satisfecho las expectativas, empero, al hecho de que las personas a quienes se ha prescrito un tratamiento no hayan logrado un control metabólico satisfactorio, se argumenta que fueron ellas quienes no siguieron la prescripción médica tal como les fue indicada, sin tomar en cuenta que las estrategias no son adecuadas.

Una de las posibles causas por las que estas estrategias no han satisfecho las expectativas, es que sólo se da importancia al tratamiento médico y se deja de lado el plan alimentario y la realización de ejercicio físico como parte fundamental del tratamiento.

Los profesionales de la salud, acostumbran tratar pacientes y diseñan tratamientos para aliviarles sus enfermedades, sin tomar en cuenta que, quien acude por sus servicios, son personas que además de enfermar físicamente, están padeciendo lo psicológico, social y cultural, y al no tomarlas en cuenta como tales, se soslayan sus pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos, intereses y conductas, es decir, se olvida que son personas.

Esta tesis se circunscribe a la metodología cualitativa, y se utiliza el método fenomenológico para conocer como las personas, de Ixhuatlancillo, Veracruz, viven, piensan, perciben, interpretan y responden a su padecimiento, así como el impacto que ha generado en su vida diaria, el significado que dan al mismo, y tiene como propósito mostrar la necesidad de que estos aspectos sean incluidos en la forma de tratamiento para lograr el control y prevención de la diabetes, debido a que si éste no es reconocido se contrapone al tratamiento de esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

En nuestros días la diabetes es uno de los grandes problemas de salud en el mundo y México no es la excepción, ya que esta enfermedad representa, en nuestro país, un problema de salud pública, al ubicarse como la primera causa de muerte.

La medicina académica ha avanzado de tal forma que parece ilógico que una enfermedad, de la que se sabe tanto, haya alcanzado los niveles de morbi-mortalidad que tiene la diabetes, y es que, con los avances científicos y tecnológicos que se cuenta en la actualidad, debería, al menos en teoría, ser controlada.

Se reconocen tres aspectos fundamentales para su control, dieta balanceada, ejercicio físico y, en caso necesario, medicamentos, aunado a lo anterior, la terapéutica institucional ha desarrollado estrategias como la adherencia, el cumplimiento y la educación en diabetes, empero, las estadísticas indican que no han cubierto las expectativas.

Los Profesionales de la Salud (PS), crean tratamientos para curar enfermedades a sus pacientes, sin tomar en cuenta que quienes acuden por sus servicios, son personas, que no únicamente presentan daños en lo biológico, sino que están padeciendo lo psicológico, social y cultural.

Paradójicamente, al momento de diseñar el tratamiento que ha de seguir una persona, a ella es la única que no se toma en cuenta, lo cual dificulta la probabilidad de que dicho tratamiento sea efectivo, y es que para lograr controlar la diabetes, el papel más importante lo tienen las mismas personas enfermas, ellas siguen o no el plan alimentario, realizan o no ejercicio físico y hacen uso o no de los medicamentos.

En la presente tesis se muestra el padecimiento de las personas que enferman de diabetes, y como este padecimiento al no ser reconocido por los PS se contrapone al tratamiento de esta enfermedad.

Esta investigación se desarrolló en el municipio de Ixhuatlancillo, ubicado en la zona montañosa del estado de Veracruz, a un lado de la ciudad de Orizaba. Su población es indígena, hablante de náhuatl, quienes en algún momento dejaron de ser agricultores para volverse comerciantes, razón por la cual, viajan a diferentes lugares del país e inclusive a los Estados Unidos y Canadá, donde comercian sus artículos. Hoy día, su alimentación es a base de productos enlatados y comidas de preparación instantánea, lo cual les ha generado consecuencias como la diabetes.

En el primer capítulo, se habla de la historia de la diabetes, se presentan distintas definiciones de ésta, se mencionan sus síntomas y sus complicaciones, así como el tratamiento y los factores que favorecen su aparición.

El impacto de esta enfermedad se muestra en el segundo capítulo, donde se desarrolla la panorámica actual de la diabetes, en el ámbito mundial y en nuestro país, los costos económicos tanto individuales como institucionales que implica, así como la terapéutica institucional para su control y prevención.

El tercer capítulo trata sobre la adherencia y el cumplimiento terapéutico, los cuales, han sido tomados como un indicador sobre la eficacia del tratamiento a esta enfermedad. También se desarrolla una diferenciación entre la enfermedad y el padecimiento, así como entre paciente y persona.

El cuarto capítulo, trata sobre investigación cualitativa, su definición, sus métodos, y en particular sobre la fenomenología y la subjetividad, así como las corrientes filosóficas que la sustentan.

En el quinto capítulo, se describe el Municipio de Ixhuatlancillo, Veracruz, lugar donde esta investigación se llevó a cabo.

En el sexto capítulo, se presenta la metodología utilizada en esta investigación, mencionando: el tipo de estudio, el diseño utilizado, el área y la muestra, los métodos, estrategias y técnicas de obtención de información, así como la manera en que se codificaron y analizaron los datos.

En el séptimo capítulo, se ofrecen los resultados y se presentan tres casos que muestran el padecimiento de las personas que viven con diabetes.

En el capítulo octavo, se realiza un análisis y discusión de los resultados obtenidos, y se describen seis factores, encontrados en esta investigación, que se contraponen al tratamiento de la diabetes, con la finalidad de que sean tomados en cuenta al diseñar los tratamientos para esta.

Finalmente, en el capítulo noveno, se presentan las conclusiones a las que se llegaron en base al análisis de los resultados.

DIABETES MELLITUS

Historia

Aguilar (1990) describe los inicios de la diabetes con la aparición de los vertebrados sobre la superficie de la tierra, pues las aves, los mamíferos marinos y terrestres fueron víctimas de esta enfermedad. Menciona que la primera reseña histórica de la diabetes humana se encuentra en el papiro de Ebers (1552 a. c.) donde se habla de la poliuria (orinar con frecuencia).

Esta enfermedad fue reconocida hace miles de años y a lo largo de la historia ha sido olvidada y redescubierta en más de una ocasión (Figueroa, 1997). Durante el siglo II, Areteo la bautizó con el nombre de diabetes (del griego *diabáínein*), que significa pasar a través, mientras que en China se conocía como la enfermedad de la sed (Aguilar, 1990). Las civilizaciones antiguas de Egipto, Grecia, Roma e India reconocieron la diabetes y el efecto de la intervención dietética sobre ésta (Shils, Olson, Shike, Ross; 2002).

El médico londinense Thomas Willis introdujo el término mellitus o semejante a la miel tras detectar el sabor dulce de la orina (Shils, et al. 2002), en el siglo XI el médico árabe Avicena habló sobre algunas complicaciones como la gangrena, para 1686 fue demostrado por Morton el carácter hereditario de la diabetes (Farreras, 1992) y en 1796 Rollo habló de la catarata diabética (Aguilar, 1990).

En 1869 Langerhans descubrió los islotes pancreáticos que posteriormente recibieron su nombre (Farreras, 1992). En 1899 Von Mering y Minkowski demostraron que el páncreas es un órgano de secreción interna al extirpar experimentalmente el páncreas a un perro, provocando así la aparición de la diabetes en el animal. En ese momento surgió la prueba evidente de que en el páncreas existe una sustancia capaz de controlar el azúcar circulante, es decir, una hormona que impide el aumento de las concentraciones de glucosa en la sangre, y en 1909 De Meyer sugirió el nombre de insulina para la hormona proteica generada por las células beta del páncreas insular (Aguilar, 1990).

El término insulina fue utilizado por primera vez por Jean de Meyer en 1910, intentando significar que se trataba de la sustancia producida en los islotes de Langerhans y cuyo déficit se consideraba responsable de la enfermedad (Figueroa, 1997).

En 1921 Banting y Best extrajeron la primera fracción de insulina de potencia consistente, la cual se utilizó casi de inmediato en el tratamiento de la diabetes humana. Su fórmula completa se obtuvo hasta 1956 por Frederick Sanger. En 1936 Hagedorn trabajó intensamente en su laboratorio hasta obtener las insulinas de acción retardada, mientras que Janbon y Loubatieres estudiaron la acción de las sulfamidas como sustancias reductoras de azúcar en la sangre. Las pruebas clínicas se iniciaron en Alemania en 1951, continuando en los Estados Unidos, y gracias a estos trabajos se consiguió el empleo en medicina de los hipoglucemiantes orales (tabletas para bajar el azúcar de la sangre) (Aguilar, 1990).

Diferentes definiciones de Diabetes Mellitus

Definición etimológica

El término diabetes proviene del griego y significa "pasar a través". El término mellitus proviene del latín y significa "enmielado". Diabetes hace referencia a la excesiva emisión de orina por parte del paciente, como si el agua lo atravesara a grandes velocidades. Mellitus hace alusión a la cantidad de azúcar en la orina (Durán, Hernández y Becerra, 1997).

Definición conceptual

Aguilar (1990) define a la diabetes como un problema endocrino que consiste en una disminución de la producción de insulina o modificaciones en su fórmula química, por lo que esta hormona resulta incapaz de mantener la glucosa sanguínea (azúcar de la sangre), dentro de los límites normales, provocando su elevación y, por ende, la imposibilidad del riñón para eliminarla a través de la orina.

Drury (1991) define a la diabetes mellitus como un trastorno metabólico en el que la hiperglucemia crónica (con o sin glucosuria) es la característica fundamental. En la diabetes mellitus, la glucemia está anormalmente alta debido a la falta de acción insulínica a nivel celular.

La diabetes es definida por Islas (1993), como una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasa y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a esta.

Otra definición de diabetes es proporcionada por Murillo (1999): enfermedad que afecta al metabolismo celular y a los sistemas enzimáticos que lo regulan, produciendo un disturbio en el balance endocrino que gobierna el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de las grasas, desarrollándose a partir de una producción insuficiente de insulina.

En nuestro país debe ser utilizada la definición proporcionada en la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, 2001, (NOM-015-SSA2-1994, 2001), donde se define como:

3.16 Diabetes,... enfermedad sistémica, crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

En esta misma norma se menciona que los dos tipos de diabetes más importantes son:

3.17 Diabetes tipo 1... existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

3.18 Diabetes tipo 2... hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

La diabetes tipo 1 también es conocida como diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) y el tipo 2 como diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID).

Síntomas

Los individuos con diabetes tipo 2 pueden presentar o no signos y síntomas característicos. Algunos de estos síntomas son la poliuria y polidipsia intensas, pérdida de peso de manera rápida y cetoacidosis. A menos que sean tratados, entran en coma a los pocos días o semanas. Entre los síntomas menos frecuentes se encuentran la irritabilidad, el vómito, el dolor abdominal, los calambres musculares y los hormigueos periféricos (Houston, 1978). En ocasiones también hay polifagia y visión borrosa (Lerman, 1998). Las infecciones cutáneas son recurrentes, la cicatrización es deficiente y la mujer diabética refiere prurito y leucorrea por vulvovaginitis (Abreu y Martín, 2002).

Houston (1978) menciona que en muchos diabéticos de mayor edad se presenta la enfermedad con los síntomas de las complicaciones: oculares (cataratas, retinopatía), en los nervios periféricos (neuropatía), renales (síndrome nefrótico o nefropatía diabética) o vasculares (coronariopatía, claudicación intermitente y gangrena).

El síntoma más común al principio de la enfermedad es que no exista síntoma alguno (Rivero, 1993). Así, un gran número de pacientes adultos y ancianos son detectados en la etapa previa a la aparición de síntomas (aunque no necesariamente antes de la existencia de signos) como resultado del hallazgo casual de glucosuria en un examen de rutina (Houston, 1978).

Complicaciones

Las manifestaciones clínicas tardías de la diabetes incluyen diversas alteraciones que afectan vasos sanguíneos pequeños, grandes nervios craneales y periféricos, piel y cristalino. Estas lesiones originan hipertensión, insuficiencia renal, ceguera, neuropatía autónoma y periférica, amputaciones de extremidades inferiores, infarto del miocardio y accidentes cerebrovasculares (Tierney, Mcphee & Papadaki, 1997).

Las personas con diabetes que no tienen un control adecuado de su glucosa, presentan complicaciones que aparecen con el paso del tiempo, algunas de ellas, al no ser tan alarmantes, no son tomadas en cuenta, e incluso llegan a pasar desapercibidas hasta el momento en que ya no pueden ser controladas y causan daños irreversibles al organismo.

Algunas de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en las personas con diabetes son:

En los ojos:

- Glaucoma. Este trastorno ocurre en casi 6% de los diabéticos. Suele responder al tratamiento usual de la afección de ángulo abierto. La neovascularización del iris en personas con diabetes puede predisponer al glaucoma de ángulo estrecho, pero es relativamente raro, excepto después de la extracción de cataratas, ya que se sabe que el crecimiento de nuevos vasos evoluciona con rapidez para incluir el ángulo del iris y obstruir el flujo de salida (Tierney, et al. 1997).
- Retinopatía diabética. Es la causa más frecuente de ceguera adquirida en el adulto de mediana edad. Una buena agudeza visual no excluye una lesión retiniana significativa, desafortunadamente muchos pacientes lo creen así (Taylor, 2002). Ha sido detectada en el 95 por ciento de los diabéticos después de 15 años de evolución de la enfermedad (Houston, 1978).
- Cataratas. En pacientes diabéticos se desarrollan cataratas prematuras, las opacidades se semejan a las que se encuentran en ancianos con cataratas "seniles", pero ocurren a una edad menor y al parecer se correlacionan con la duración de la diabetes y la gravedad

de la hiperglucemia crónica. La glucosilación no enzimática de la proteína del cristalino es el doble de elevada en diabéticos que en personas no diabéticas de edad similar y puede contribuir a la formación prematura de cataratas (Tierney, et al. 1997).

En los vasos sanguíneos:

Falta de pulsos periféricos. En las personas ancianas pueden faltar los pulsos del tobillo, pero su ausencia es más frecuente en los diabéticos. En la hiperlipidemia, los vasos principales deben ser auscultados en búsqueda de un soplo ocasional, en particular la aorta abdominal, las arterias renales, los vasos ilíacos y los femorales. Otra complicación en los vasos sanguíneos es el edema idiopático de los tobillos, puede ocurrir después de comenzar el tratamiento con insulina, su significado es desconocido, y no tiene nada que ver con el edema de la enfermedad renal (Houston, 1978).

En el sistema nervioso:

- Neuropatía diabética. Las neuropatías periférica y autónoma son las dos complicaciones más comunes de la diabetes.
- Polineuropatía simétrica distal. Es la forma más común de neuropatía periférica, suele producir, primero, alteración sensitiva y generalmente es bilateral, simétrica, y se acompaña con percepción amortiguada de vibración, dolor y temperatura, particularmente en los miembros inferiores, donde las molestias pueden ser incapacitantes. Otra forma de neuropatía periférica aislada, que es la afección de la distribución de un solo nervio (mononeuropatía) o de varios nervios (mononeuropatía múltiple), se caracteriza por inicio súbito con recuperación subsecuente de casi todas o todas las funciones. Suelen afectarse los nervios crurales y craneales y predominan las anormalidades motoras (Tierney, et al. 1997).
- Neuropatía autónoma. Hay pruebas de hipotensión postural, disminución de la respuesta cardiovascular a la maniobra de Valsalva, brotes alternativos de diarrea, en particular nocturna, y estreñimiento,

incapacidad para vaciar la vejiga e impotencia sexual (Tierney, et al. 1997).

En el sistema urinario:

- Pielonefritis. Probablemente es la lesión más común y da cuenta de la mayor parte de las personas con diabetes que desarrollan una insuficiencia renal crónica. Algunos tienen una neuropatía autónoma que afecta la vejiga y muchos son caracterizados en episodios agudos. En las alteraciones arteriales, las arterias más pequeñas del riñón pueden presentar engrosamiento y esclerosis. En la necrosis papilar, las papilas pueden llegar a desprenderse, y habitualmente se asocia con una infección renal aguda. Otras complicaciones que se presentan en el sistema urinario por la diabetes son, la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia renal crónica (Houston, 1978).

En la piel:

- Infecciones cutáneas. Particularmente los furúnculos, son muy frecuentes en los diabéticos. Las inyecciones de insulina pueden provocar alteraciones de la piel (en el 20-30 por ciento de los casos), tanto de tipo hipertrófico como atrófico. Puede haber infecciones piógenas crónicas en la piel. Pueden aparecer Xantomas eruptivos por hipertrigliceridemia concomitante, éstos son pequeños nódulos amarillentos y duros que miden unos pocos milímetros de diámetro (Houston, 1978).
- Necrobiosis lipoidea de los diabéticos es una lesión rara que suele localizarse en las superficies anteriores de las piernas o las dorsales de los tobillos. En diabéticos adultos no son raras las manchas en las espinillas que son lesiones atróficas indoloras, redondas, pardas, de la piel en el área pretibial. La infección por Candida puede producir eritema y edema de áreas intertriginosas debajo de las mamas, en las axilas y entre los dedos. Causa vulvovaginitis de manera crónica con glucosuria persistente y es una causa frecuente de prurito (Tierney, et al. 1997).

Pie diabético:

- Los factores que originan este problema son: isquemia, neuropatía periférica e infección secundaria. La afección vascular oclusiva incluye microangiopatía y aterosclerosis de arterias grandes y medianas (Tierney, et al. 1997).

Sin control de la glucosa estas complicaciones van aumentando hasta el grado de perder la vista, ser mutilado, perder el buen funcionamiento de nuestros órganos y aparatos e incluso hasta llevarnos a una muerte prematura.

Tratamiento de la diabetes mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos y educación constante para evitar enfermedades agudas y reducir el peligro de complicaciones a largo plazo. El objetivo terapéutico consiste en restaurar hacia la normalidad desarreglos metabólicos conocidos, con el propósito de evitar y demorar la progresión de las complicaciones diabéticas (Tierney, et al. 1997).

La atención a la diabetes debe regirse por las indicaciones de la NOM-015-SSA2-1994, 2001:

11.1 El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

11.3.5 El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta por lo menos durante un periodo de seis meses.

11.3.6 El manejo farmacológico se iniciara en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de glucemia sintomática.

11.4 Manejo no farmacológico

11.4.1: Es la base para el tratamiento del paciente diabético y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

11.4.2 Es responsabilidad del médico...inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad a largo plazo.

Factores que favorecen la aparición de la diabetes

El factor hereditario

El origen genético de la diabetes fue planteado por los médicos hindúes y por Rondelet y Morton en los siglos XVI y XVII respectivamente (Farreras, 1992), ya que ésta incluye muchos síndromes, algunos con datos de ser enteramente genéticos y unos parcialmente genéticos, por esto, en la actualidad se considera que en una proporción grande de diabéticos, existe un terreno de predisposición hereditaria a la diabetes (Rivero, 1993).

El factor hereditario es menos intenso si sólo uno de los padres es diabético y el otro no, ni tiene antecedentes familiares de diabetes, pero cuando aumentan los antecedentes por ambas vías, paterna y materna, es más probable la aparición de la diabetes en los hijos. Sin embargo, si la herencia biológica de la diabetes es débil, es posible que ninguno de los hijos llegue a sufrir la enfermedad, aunque todos sean portadores y transmisores de la diabetes (Aguilar, 1990).

El factor desencadenante

El factor desencadenante no es uno solo. Habitualmente están representados por algo que significa un sobreesfuerzo para el organismo, un factor físico agotador o un agente de tensión fisiológica que sea capaz de sacar al organismo de su ritmo acostumbrado de vida y altere la estructura y el funcionamiento del cuerpo o su equilibrio emocional. Entre estos se cuentan: la obesidad, tensiones emocionales agudas, alcoholismo y/o farmacodependencia, intervenciones quirúrgicas, etc. (Aguilar, 1990).

La obesidad trae consigo la resistencia a la insulina, el descubrimiento de los datos de diabetes es usual poco después de situaciones de estrés de diversa naturaleza, el uso de medicamentos como glucocorticoides, anticonceptivos, etc., pueden funcionar como factores desencadenantes de diabetes, y existe evidencia de que a mayor número de embarazos, mayor frecuencia de diabetes (Rivero, 1993).

ESTADO DEL ARTE

En el mundo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen alrededor de 140 millones de personas con diabetes en el mundo (Cueva, Mejía, Luengas y Salinas, 2003). La Federación Internacional de la Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés), ofrece una cifra mayor al considerar que hay 177 millones de personas con esta enfermedad, de las cuales entre el 85% y 95% padecen diabetes tipo 2. Esta cifra se basa en informes de 140 países que proporcionaron información a esta federación (citado por Federación Mexicana de Diabetes, 2003), lo que significa que dicha cantidad, ya alarmante, aumenta sumándole la cifra de los países que no la proporcionan.

En este sentido los diez países con mayor prevalencia de diabetes son los siguientes:

- 1) India
- 2) China
- 3) Estados Unidos
- 4) Rusia
- 5) Japón
- 6) Brasil
- 7) Indonesia
- 8) Pakistán
- 9) México
- 10) Ucrania (Federación Mexicana de Diabetes, 2003).

La OMS estima que en 1999 ocurrieron 55 millones 965 mil muertes en el mundo, y de estas el 1.4% fueron debidas a la diabetes, también calcula que para el año 2025 esta cifra se incrementará a 300 millones de personas (citado por Federación Mexicana de Diabetes, 2003).

La diabetes era una enfermedad rara en el nuevo mundo hasta principios del siglo XX (Alvarado, Milian y Valles, 2001), sin embargo, en las últimas décadas ha mostrado incremento progresivo de su incidencia y prevalencia en todo el planeta, especialmente en el continente Americano (Rodríguez, López, Rodríguez y Jiménez, 2003). Un ejemplo de esto son los 15.7 millones de personas que en Estados Unidos de Norteamérica la tienen, además, en este país se diagnostican 798 mil casos nuevos cada año (Tenorio, Guerrero y Torres, 2000). Asimismo, la OMS (citado por Federación Mexicana de Diabetes, 2003), calcula que en 1999 en América Latina ocurrieron 5 millones 687 mil muertes, y alrededor de 3.7% de éstas la tuvo como causa.

En México

Uno de los indicadores más sólidos y descriptivos de las condiciones de salud de una población lo constituyen los datos referentes a la mortalidad. Las causas de muerte cambian con el tiempo, son diferentes dependiendo del lugar en que ocurren, se modifican al interior de cada grupo de edad y difieren en magnitud entre los sexos. Conocer de qué muere hoy en día la población, obliga a tomar medidas necesarias para evitar las muertes prevenibles y prematuras, posponer la ocurrencia y mejorar la calidad de vida de ésta (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2003).

México ocupa el noveno lugar mundial en incidencia de diabetes y de seguir la tendencia actual, según la Secretaría de Salud, para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio. Actualmente, la cantidad de personas con diabetes en nuestro país asciende a 5.2 millones, de los cuales el 24% desconoce que la padece (SSA, 2002), y sólo en 1999 se diagnosticaron 226 mil 865 casos nuevos (Tenorio, et al. 2000), debido a esto representa uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia (Cueva, et al. 2003).

El incremento constante en la incidencia de la diabetes dentro de la población mexicana, sobretodo a partir de 1985, se ha asociado a tasas crecientes de muerte directa e indirecta (Rodríguez, et al. 2003). Según cifras de la dirección general de Vigilancia Epidemiológica de la SSA, esta enfermedad ocasionó en el año 2000 más de 46 mil muertes, es decir, 5 personas cada dos horas (SSA, 2002). Así, la diabetes ha tenido un ascenso alarmante, en 1970 como causa de muerte a nivel nacional ocupó la posición número 12, para 1998 se ubicó como la tercera causa (Alvarado, et al. 2001), y para 2001 se encontró en el primer lugar (SSA, 2001).

Como lo muestran los datos estadísticos, la tendencia a la mortalidad por este padecimiento es al incremento. En 1922 se tenía una tasa de 2.5 por 100 mil habitantes (Velázquez, Lara y Peña, 2003), para 1980, la tasa de mortalidad ascendió a 12.0 por 100 mil habitantes (Vázquez y Escobedo, 1989), para 1997 fue de 38.0 por 100 mil habitantes (Velázquez, et al. 2003), y para 2001 fue de 48.96 por 100 mil habitantes (SSA, 2001).

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES	
Año	Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes
1922	2.5
1980	12.0
1997	38.0
2001	48.96

Cuadro 1. Fuente: Velázquez, et al. 2003; Vázquez y Escobedo, 1989; SSA, 2001.

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas realizada en 1993, se estimó una prevalencia de diabetes del 8.2% entre la población de 20 a 65 años de edad, sin embargo, en el grupo de 60 a 69 años se registró una prevalencia del 20% (Velázquez, et al. 2003).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, aplicada por la Secretaría de Salud en 1994, la diabetes se encuentra entre las

enfermedades crónicas y degenerativas más frecuentes entre los ancianos (Campos, Torres, Nora y Sabido, 2001), ya que en ellos se observa el 51% del total de los casos (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2003), y esto en México, que en los últimos años se ha dado un proceso demográfico de envejecimiento, resulta un problema de mayor importancia.

En 1997, el grupo de enfermedades no transmisibles representó el 69% del total de causas de mortalidad. De ellas el 30% lo integraban la diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón. De este grupo, la diabetes es considerada como un problema de salud pública por su incremento como causa directa o subyacente de mortalidad (Velázquez, et al. 2003).

La Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (Ensa 2000), realizada por la Secretaría de Salud de México, reportó una prevalencia de diabetes que se incrementa con la edad y que en ese momento se ubicaba ya en 10.9% para los diferentes estados de la República, 2.7% más que en 1993. También, se estimó que de cada dos sujetos diagnosticados existe por lo menos uno que desconoce padecerla (citado por Rodríguez, et al. 2003).

Hoy día, esta enfermedad ha evolucionado gravemente y la mayor parte de su importancia radica en las complicaciones que de ella se derivan, ya que las personas que la padecen sufren un mayor riesgo de embolia, infarto, retinopatía, y todos tienen 14 veces más riesgo de amputación de una extremidad (SSA, 2002). En el IMSS, la diabetes es responsable de poco más del 90% de todas las amputaciones no traumáticas. Por esto y por su enorme repercusión social y económica, la diabetes actualmente constituye uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia (Cueva, et al. 2003).

Costos económicos

En la modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, 2001, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, se menciona que los costos económicos asociados al tratamiento y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes.

Gastos Institucionales

Los gastos económicos para los sistemas de salud van desde los asuntos de bajo costo, como son las consultas de primer nivel y las visitas de los pacientes a los hospitales, hasta los asuntos de costo elevado, como largas estadías de los pacientes en éstos para el tratamiento de complicaciones (Federación Internacional de la diabetes, 2004). Un ejemplo de ello es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual, al año otorga más de 67 millones de consultas en medicina familiar y los motivos de demanda de este servicio incluyen enfermedades crónicas como la diabetes (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2003). Es importante mencionar que en esta Institución esta enfermedad se sitúa en el primer lugar en consulta de especialidades (Cueva, et al. 2003).

En este sentido, la tendencia más importante es el ascenso en el número de consultas por hipertensión y diabetes, lo cual requiere que esta institución se prepare y organice para hacer frente a un patrón de demanda muy diferente y complejo debido a la cronicidad de los padecimientos y a sus complicaciones (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2003), lo que implicará más gastos económicos a futuro.

En México, particularmente en el IMSS, los costos directos e indirectos generados por esta enfermedad, en el quinquenio de 1992 a 1997, superaron los 2000 millones de pesos, 20 veces el costo de atención hospitalaria de 1985 a 1991 (Rodríguez, Munguía, López, Hernández y Casas, 2001).

Los individuos en edad productiva (entre los 35 y 60 años de edad) representan un grupo fuertemente afectado por esta enfermedad, la cual es causa de un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez (Cueva, et al. 2003), lo que ocasiona grandes pérdidas económicas para el país al presentarse una baja en la productividad.

Gastos individuales

Se considera carga financiera individual, si el individuo o su familia tienen que pagar el cuidado médico, los medicamentos u otros accesorios (Federación Internacional de la Diabetes, 2004).

Los gastos médicos de una persona con diabetes son de dos a cinco veces más altos que los de una persona sin esta enfermedad, al ser ésta la causa de la mayor parte de las visitas médicas, la razón principal de adquisición de aditamentos médicos y de medicamentos (Federación Internacional de la Diabetes, 2004).

En México, la diabetes afecta a todas las clases sociales, principalmente a la población de bajos recursos económicos asentada en las áreas urbanas (Rodríguez, et al. 2003). La Encuesta de Enfermedades Crónicas de 1993, mostró un incremento en las personas con bajo nivel socioeconómico (Rodríguez, et al. 2001), lo que significa que no puedan costearse su tratamiento pues de acuerdo a la Secretaría de Salud (SSA, 2002), el costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones puede ser de mil a 4 mil pesos mensuales, y este va en aumento según se vayan presentando daños al organismo.

Los estragos que se estima causará la diabetes en los próximos años podrían reducirse de manera considerable con medidas de prevención primaria y secundaria, que disminuyan la incidencia y aplicándose el conocimiento disponible sobre prevención y atención de la enfermedad (Velázquez, et al. 2003).

Procedimientos institucionales de detección

En nuestro país, en el ámbito hospitalario, se han implementado diversos programas para la detección de la diabetes. A finales de la década de los sesenta del recién terminado siglo, el IMSS instrumentó un programa de detección oportuna de la diabetes, el cual ha incrementado el diagnóstico de casos nuevos en la población derechohabiente, sobretodo en personas con factores de riesgo (Rodríguez, et al. 2003).

Ante el panorama negativo que representa la diabetes, la Secretaría de Salud puso en marcha el Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, el cual contempla incrementar el número de detecciones, de 14 millones realizadas en el 2000 a 23 millones en los próximos 5 años, además de dar apoyo al trabajo de los 5 mil 500 grupos de autoayuda que existen en el país (SSA, 2002).

Dentro del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (citado en Velázquez, et al. 2003), se contempla un programa de salud de las poblaciones adulta y anciana, donde se menciona: los cambios recientes en el perfil epidemiológico, obligan a considerar acciones específicas para proteger la salud de las poblaciones adulta y anciana, en particular para aquellas patologías que por su frecuencia y trascendencia significan una carga importante de enfermedad.

En el mismo programa, se propone detectar sistemática y oportunamente los casos de diabetes en la población mayor de 25 años, estableciendo un manejo adecuado, limitando el daño a órganos y tejidos, disminuyendo la frecuencia de complicaciones, reduciendo la discapacidad y las muertes prematuras, así como acciones de promoción y educación para la salud, tendientes a identificar y controlar los factores de riesgo.

Los Servicios Estatales de Salud han iniciado ya un trabajo intenso, que ha hecho posible que en el transcurso de 1997 se haya duplicado el número de pacientes que pertenecen a los grupos de ayuda mutua (Velázquez, et al. 2003).

Terapéutica institucional para el control de la diabetes

Actualmente, el modelo de atención a la diabetes sigue siendo el médico. La persona con diabetes es referida al médico y lo que hace éste es prescribirle, básicamente, hipoglucemiantes orales y sólo en pocas ocasiones indica cambiar su alimentación e incrementar la cantidad de actividad física (Mercado, 1996), a pesar, de que la atención a la diabetes debe regirse por las indicaciones de la NOM-015-SSA2-1994, 2001 donde se menciona:

11.4.2 Es responsabilidad del médico preferentemente apoyado con equipo multidisciplinario a inducir al paciente a la adopción de las medidas de carácter no farmacológico, ya que son condición necesaria para el control de la enfermedad en el largo plazo.

Tratamiento médico

Este tipo de tratamiento debiera consistir fundamentalmente en la prescripción de un plan de alimentación y un plan de ejercicio. Y cuando estos recursos no son suficientes se administran diversos fármacos (Dolger y Seeman, 1991; Krall y Beaser, 1991; Möler, 1994; Zárate, 1997), como se indica en la NOM-015-SSA2-1994, 2001:

11.3.5 El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que este tipo de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses.

11.3.6 El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobretodo en presencia de hiperglucemia sintomática.

11.3.7 Si después de prescribir el manejo farmacológico se cumplen las metas del tratamiento con la aplicación combinada de ambos tipos de medidas, el médico tratante establece un plan para que, de acuerdo con el curso clínico del paciente, los fármacos se utilicen de manera auxiliar y, de ser posible, se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas.

Con respecto al plan de alimentación, la Asociación de Diabetes Americana (ADA) indica que es necesario tener al paciente con la mejor educación posible. Además, se debe llevar un programa progresivo, que incluya aprendizajes, conocimientos y habilidades en programas de educación continua y de reforzamiento, tarea que se debe llevar a cabo de forma multidisciplinaria (Diabetes Care, 2001).

Cardoso (2002) menciona que el propósito del ejercicio es establecer cambios metabólicos, cardiovasculares, respiratorios y hormonales, que junto con los regímenes dietético y farmacológico tenderá al control de la diabetes, ya que el ejercicio facilita la absorción por los tejidos, de nutrientes vitales como la glucosa y los aminoácidos.

La persona que logra adherirse al plan de alimentación y al programa de actividad física debe ser capaz de mantener los niveles normales de glucosa en forma razonablemente consistente durante años, sin grandes cambios, excepto durante enfermedades, infecciones, cirugía, embarazo y otros padecimientos o situaciones que alteran el metabolismo y en consecuencia puede disfrutar de la vida sin mayores complicaciones (Kilo y Richmond, 1991).

El tratamiento farmacológico, debe ser utilizado cuando los dos anteriores no han dado los resultados esperados y aún cuando se les utilice, se deben tomar medidas para eliminarlos del tratamiento para el control de la diabetes (NOM-015-SSA2-1994, 2001).

Atención de Enfermería

De acuerdo con Cardoso (2002), la participación de Enfermería, generalmente se realiza en tres niveles de atención:

1.- Promoción a la salud. Se proporciona información a la sociedad por diversos medios como son trípticos, carteles, pláticas y en algunas ocasiones, visitas domiciliarias.

2.- Tratamiento de la enfermedad. Se brinda educación a poblaciones cerradas o determinadas:

- Se ofrece información de la diabetes en general y cada uno de los tipos.
- Se proporciona información sobre autocuidado, higiene personal, cuidado del pie diabético así como de la piel y atención de heridas.
- Se ofrece información sobre el empleo, cuidados, control de la toma, etc. de los fármacos.
- Se ofrece atención a la persona con diabetes, la cual consiste básicamente en aplicarle las diversas curaciones tanto al pie diabético como a la piel.

Asimismo sirve de apoyo a la atención médica en lo que se refiere a la descripción y registro de signos vitales del paciente (peso, tensión arterial, temperatura, etc.) y de los signos glucémicos por medio de las tiras reactivas para sangre y/o orina.

3.- Seguimiento y rehabilitación. La intervención se dirige hacia la prevención de complicaciones por medio de la vigilancia o seguimiento de la persona con diabetes, y en algunos casos se ofrece atención especializada para rehabilitación.

Tratamiento odontológico

Las caries dentales y la periodontopatía o enfermedad de la encía, son las dos enfermedades principales que afectan la boca de la persona con diabetes (Zárate, 1997; Buendía, Fernández y Garza, 1980).

Cardoso en 2002 señala en que consiste regularmente el tratamiento odontológico:

- Saneamiento básico. Es la limpieza profunda de dientes y aplicación de flúor.
- Reconstrucción de piezas dentales.
- Extracciones dentales en casos extremos.
- Educación para la salud. Consiste en capacitación en técnicas de cepillado, plan alimenticio y control de placa dentobacteriana.

Atención psicológica

La intervención psicológica pretende promover y establecer la adherencia al tratamiento médico de la persona con diabetes. La adherencia terapéutica implica una gran diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo (Ginarte, 2001).

Según Meichenbaum y Turk (1991), algunas de estas conductas son las siguientes:

- Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
- Mantener las horas de consulta con otros especialistas y acudir a las revisiones.
- Tomar correctamente la medicación escrita.
- Seguir desempeñando cambios adecuados en el estilo de vida (ej. En las áreas de alimentación, ejercicio y manejo de estrés).
- Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (ej. Fumar, beber alcohol, usar drogas).

Noah (1997), menciona las técnicas de autocontrol para el tratamiento y su consecución, la identificación y manejo del estrés, y la identificación de ideas irracionales como áreas de trabajo que debe cubrir la adherencia terapéutica.

El autocontrol es un recurso importante para coadyuvar a mantener la glucosa en niveles aceptables. Con base en los hábitos y costumbres de la persona, tiene la meta de regular el plan de alimentación prescrito por el médico. Además contribuye a:

- Modificar hábitos alimenticios.
- Regular la toma de medicamentos.
- Regular la realización de ejercicios.
- Regular la práctica del aseo dental.

El control de estrés psicológico se consigue mediante el entrenamiento en técnicas de afrontamiento y de relajación muscular (Oppenheim, 1988), debido a que mediante ellas se producen todas o algunas de las siguientes modificaciones en el organismo: baja la presión sanguínea por lo que disminuye el trabajo cardíaco, menor consumo de oxígeno y mayor relajación en los vasos sanguíneos (Davis, Robbins, y McKay, 1986).

Con las estrategias terapéuticas institucionales que se han implementado y con los conocimientos científicos actuales, la diabetes debería ser controlada sin problemas, sin embargo sigue avanzando inconteniblemente, deteriorando la calidad de vida y cobrando cada vez mayor número de muertes entre la población mexicana. Al respecto Cardoso (2002 p. 15) señala lo siguiente:

... al menos en teoría, con los recursos anteriormente descritos, debería ser suficiente para que una persona con diabetes pudiera vivir sin que su enfermedad le generara complicación alguna, o por lo menos las complicaciones podrían ser retardadas de tal suerte que la diabetes no debiera impedirle desarrollar sus actividades cotidianas.

**PACIENTE-ENFERMEDAD
VS
PERSONA-PADECIMIENTO
Aspectos teóricos**

Adherencia terapéutica

Los profesionales de la salud disponen de un arsenal científico y terapéutico que idealmente puede ser exitoso, sin embargo, al hecho de que las personas a quienes se ha prescrito un tratamiento no hayan logrado un control metabólico satisfactorio, se argumenta que fueron ellas quienes no siguieron la prescripción médica tal como les fue indicada, dicho en otras palabras, la falta de control radica en el ámbito de competencia exclusiva del mismo enfermo (Mercado, 1996).

Jiménez menciona al respecto:

...Se cuenta del actor y comediógrafo francés MOLIÈRE (1622-1673) que un día estando enfermo con tuberculosis le visitó el Rey quien le preguntó: "Tienes médico, ¿Verdad? "Así es Majestad", respondió el escritor. "¿Y qué hace tu médico cuando vienen a verte?" A lo que MOLIÈRE respondió: "Majestad, nos ponemos a charlar; él me da consejos que yo después no sigo y así me voy poniendo mejor" (Jiménez, 1998, p.235).

La evidencia del incumplimiento de las prescripciones terapéuticas es incuestionable gracias a las investigaciones que han conseguido cuantificarlo, poniendo de manifiesto que entre la mitad y la tercera parte de los pacientes no cumplen los tratamientos (Meichenbaum y Turk, 1991). Jiménez (1998) menciona que algunas de las razones en las que radica la gravedad de éste problema son:

- Hace ineficaz el tratamiento prescrito
- Aumenta la morbi-mortalidad
- Aumentan los costos de asistencia sanitaria
- Proporciona al profesional de la salud (PS) una información falsa de que el tratamiento prescrito no da el resultado esperado, cuando de hecho lo daría, si el paciente lo hubiera seguido adecuadamente.

Al hecho de que los pacientes realicen las conductas y sigan los tratamientos recomendados por el PS suele denominarse con diversos términos como, seguimiento, cumplimiento o adherencia terapéutica (Jiménez 1998), de éstos, el cumplimiento y la adhesión (adherencia), han sido empleados de manera intercambiable en numerosas ocasiones (Meichenbaum y Turk, 1991), entendiéndolos como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad (Puente, 1985; citado en Ginarte, 2001).

Meichenbaum y Turk (1991), indican que el cumplimiento hace referencia normalmente a la obediencia del paciente para seguir las instrucciones, prescripciones y proscripciones del PS. El cumplimiento significa hasta que punto la conducta del paciente coincide con los consejos médicos y sanitarios, y sugiere una implicación pasiva por parte de los pacientes, lo que genera el no-cumplimiento del tratamiento prescrito.

Una de las definiciones más habitualmente citadas para este término es la que proporciona en los setenta Haynes (citado en Ferrer, 1995, p.37) considerándolo como "la medida en que el comportamiento de la persona coincide con las instrucciones médicas o de salud que se le han dado".

En este sentido Lutfey y Wishner (1999), mencionan a la adherencia terapéutica como una alternativa, ya que implica que los pacientes tengan más autonomía al definir y seguir sus tratamientos médicos.

DiMatteo y DiNicola (citados en Ferrer, 1995, p. 38), sugieren que el término "ADHERENCE" se refiere a "una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento

aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”.

Para Zaldívar (2003), la adherencia terapéutica es un concepto que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar tomar parte en un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables, etc., además puede ser considerada como un complejo proceso de autorregulación que comprende las tres etapas siguientes:

1. - Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el PS y su puesta en práctica.
2. - La adherencia o seguimiento continuado.
3. - Incorporación al estilo de vida de conductas saludables.

Aunque la adherencia se ha utilizado como una alternativa para que las personas lleven a cabo las recomendaciones de los PS, no ha satisfecho las expectativas, esto se puede observar en las estadísticas nacionales de morbi-mortalidad.

Mercado (1996) menciona que una posible razón de esto, es que la adherencia o cumplimiento pasa por alto varios señalamientos:

1. Deja de lado cuan apropiadas o parciales pueden ser las indicaciones médicas o el hecho de que los sujetos enfermos llevan a cabo otras acciones cuya importancia y eficacia consideran de igual o mayor importancia.
2. Se utiliza comúnmente con una connotación valorativa en la medida en que quienes no cumplen con esas indicaciones son considerados como apáticos, no cooperadores, desobedientes o francamente desviados.
3. Llega a considerarse como el producto de los deseos, la estupidez o la ignorancia de los enfermos.
4. Excluye numerosas acciones llevadas a cabo por los individuos para enfrentar su enfermedad.

5. Se desdeña o ignora el conjunto de ideas, prácticas y estrategias realizadas por la población para la atención de su enfermedad.

6. Tampoco reconoce el hecho de que las personas manejan y organizan su vida diaria bajo condiciones sociales y materiales específicas, donde la enfermedad y su tratamiento apenas son uno de los tantos problemas a ser enfrentados en la vida diaria.

7. Se ignora o se minimiza el contexto económico, social y cultural en el cual se encuentran inmersos.

Otra posible razón parece ser el hecho de que, a quienes se prescribe el tratamiento se les ve como pacientes y no como personas.

Al respecto Martínez señala lo siguiente:

...el ejercicio de la medicina humanística requiere, además del conocimiento de las ciencias biomédicas, que nos enseñen como es el cuerpo humano sano y sobretodo el cuerpo enfermo, además de esto, repito, requiere que tomemos en cuenta al paciente como persona y que lo conozcamos y tratemos como tal (Martínez, 2003; p. 6).

Paciente-enfermedad vs. Persona-padecimiento

Aun cuando en teoría la adherencia terapéutica es una alternativa para que las personas jueguen un papel activo en cuanto al tratamiento prescrito, en la práctica cotidiana siguen siendo tratadas como pacientes que dependen totalmente de lo que el PS haga por ellas. Y en una enfermedad como la diabetes, donde el control de la glucosa depende de las personas que la padecen (ellas siguen o no el plan de alimentación, realizan o no ejercicio físico y hacen uso o no de los medicamentos) el no darles importancia complica lograr el control de la glucosa.

Paciente es un término que viene del latín *pati* que significa padecer, sufrir. En el lenguaje de la medicina, se llama paciente a la persona que sufre por un problema de salud y busca atención médica o se somete a participar en lo que ésta implica. Una persona adquiere el carácter de paciente justamente por estar ante el médico, al entrar en relación con éste y seguir sus indicaciones, por su parte, el médico, sólo es médico propiamente dicho en presencia del paciente, al estudiarlo y

dirigirlo a fin de resolver el problema de salud que ha motivado el encuentro entre ambos (Martínez, 2003).

Para Zola (1991), el término paciente asume tácitamente que se trata de alguien débil, dependiente, indefenso e incapaz de atenderse o tomar decisiones sobre su situación. Incluso, Mercado (1996) menciona que esta connotación se acentúa cuando se les etiqueta como enfermos o a partir de su enfermedad específica, tal como cuando se hace referencia a los diabéticos, hipertensos o tuberculosos.

En la relación médico-paciente, los médicos diagnostican y tratan enfermedades a sus pacientes, intentan aliviarles síntomas o malestares físicos, ya que el término enfermedad hace referencia únicamente a las anomalías en la estructura y/o función de los órganos y sistemas, así como a los estados patológicos (Mercado, 1996), y no toma en cuenta la parte psicológica y social.

La palabra inglesa Disease (enfermedad), puede ser definida en un sentido estricto como un estado anormal del cuerpo que resulta de efectos, procesos, sustancias perjudiciales o accidentes. La enfermedad es reconocida mediante procedimientos objetivos como cambios estructurales o condiciones anormales, reveladas por métodos químicos, físicos o biológicos, es objetiva y es reconocida mediante la observación de los doctores (Seguin, 1982).

La medicina ve en la enfermedad una perturbación del estado normal de salud y por lo tanto trata no sólo de subsanarla lo antes posible, sino ante todo, de impedirla y finalmente desterrarla (Dethlefsen y Dahlke, 1997).

Según Fabrega la enfermedad es definida como un estado mórbido del cuerpo o de sus partes y es calificada sobre la base de desviaciones y malfunciones de los sistemas fisiológicos del cuerpo. Para Eisenberg la enfermedad, en el paradigma de la medicina moderna, son anomalías de la estructura y función de los órganos y sistemas del cuerpo (citados por Seguin, 1982). Y para Dethlefsen y Dahlke, (1997), la enfermedad es la pérdida de una armonía o el trastorno de un orden hasta ahora equilibrado.

Desde la práctica cotidiana, los PS diseñan tratamientos para “curar enfermedades”, estos tratamientos deberían dar los resultados deseados debido a los avances científicos y tecnológicos con los que se cuenta en la actualidad (Mercado, 1996), empero, dichos tratamientos al estar diseñados para pacientes que toman este rol únicamente cuando se encuentran frente al PS, son adecuados exclusivamente en la interacción paciente-PS.

Los PS deben darse cuenta que los problemas de salud presentados a ellos por las personas no consisten únicamente en la existencia de una enfermedad determinada con los síntomas propios, comprende también la manera como estos síntomas son vividos o experimentados por las personas debido a sus propias características de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social, etc.

Tomando en cuenta esto, la enfermedad podría empezar a ser considerada, no como un estado abstracto, sino como un proceso (un padecimiento y no una enfermedad), que se presenta en un ser humano que le imprime características personales, debido a que es un ser conciente, un ser de significados (Seguin, 1982), es decir, en una persona y no un paciente.

Sin embargo, Strauss menciona que los profesionales de la salud sólo se percatan de una mínima parte de los problemas que enfrentan las personas con padecimientos como la diabetes, esto es, que al observar exclusivamente la fase de crisis o exacerbación de los síntomas y/o complicaciones, se desconoce lo que les ocurre a los enfermos en su vida diaria. Insiste en la necesidad de incorporar los conocimientos psicológicos y sociales, tanto del paciente como de familiares e individuos cercanos. También recomienda reportar la forma como la enfermedad, los tratamientos y los síntomas afectan a las personas y al progreso de la misma enfermedad (citado por Mercado, 1996).

Ante esto surge un cuestionamiento: ¿es conveniente que los PS deban seguir tratando a las personas que solicitan sus servicios como pacientes-enfermos, o lo que es igual, seres pasivos que físicamente funcionan mal, y diseñando tratamientos para las enfermedades sin tomar en cuenta el padecimiento, o ver personas que a partir de que enfermaron o creen haber enfermado, padecen no sólo lo físico, también lo psicológico y lo social?

Seguir tratando pacientes-enfermos es creer que el tratamiento para la diabetes, por mencionar una enfermedad, debe servir, por igual, para todos los pacientes que la tengan, y cuando hablan de personalizar el tratamiento, lo regulan según las características fisiológicas (únicamente) del paciente, soslayando sus intereses, necesidades y estados de ánimo.

Tratar personas-padecimientos, implicaría aceptar que la diabetes del Sr. José, no es igual a la diabetes de la Sra. María, aunque fisiopatológicamente puedan ser equivalentes, el significado que le da cada una de ellos es distinto.

En este sentido, quien llega con el médico, más que un paciente-enfermo, es una persona que está padeciendo la pérdida del bienestar físico, psíquico y social, que define o explica lo que es la salud, y que por esta razón busca ayuda profesional.

Persona es un concepto, de referencia imprescindible, que necesitamos para entender al hombre como una unidad hecha de pensamientos, conocimientos, creencias, valores, sentimientos y conductas que emergen de la materia del cuerpo humano y que se valen de él para expresarse, unidad en la que intervienen la sociedad y la cultura, tanto en su conformación como en su expresión, es decir, la persona no nace, se hace, está siendo guiada constantemente por ciertos valores o preferencias (Martínez, 2003).

Siguiendo con este autor, la persona es una actividad vivida de autocreación, de comunicación y de adhesión, es la realidad trascendente del hombre como ser biológico, psíquico, social y cultural, es trascendente porque es superior en su calidad de ser respecto al hombre entendido como unidad biopsíquica y socio-cultural, es una unidad somatopsíquica y sociocultural que vive, piensa, percibe, interpreta y responde a su manera a la enfermedad, al médico y a la medicina.

Por igual, el autor menciona que el cuerpo humano hace a la persona o es la persona, pero este material de origen biológico toma forma con la participación de la sociedad.

Las personas además de enfermar físicamente, padecen su enfermedad. La trascendencia de ésta no se queda en el organismo, se encuentra donde la persona coexiste, vive con ella y se manifiesta no sólo en el cuerpo, sino en la vida misma de quien la padece.

Lo que la persona le comunica al médico en la consulta es su sentir, saber, creer, imaginar, temer, etc., respecto a la enfermedad, y sobre la manera en que ésta ha repercutido en su vida. Este es un saber y un sentir personal, propio de cada paciente, es su padecer (Seguin, 1982). En este sentido, padecer es el conjunto de molestias corporales, temores, angustias, etc., que la persona comunica al médico durante la consulta (Martínez, 2003). Padecer es en primer lugar, una serie de vivencias (Seguin, 1982).

El término padecimiento da cuenta de cómo los sujetos y/o miembros de su familia o su red social más cercana, conciben, interpretan y responden a los síntomas y a las limitaciones derivadas de la misma enfermedad (Mercado, 1996).

El padecimiento está formado por varios elementos como son: a) las ideas de la persona sobre la salud, las experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes respecto a la enfermedad en general o referentes a la enfermedad que tiene o imagina tener la persona. b) las experiencias, conocimientos y actitudes de y ante la medicina y los médicos, la manera como la persona siente y vive sus redes de apoyo psicosocial y afectivo, la religiosidad, las reflexiones, certezas o suposiciones de la persona sobre el costo en dinero de la enfermedad y su tratamiento (Martínez, 2003).

Seguin (1982), menciona que el padecimiento generalmente se origina en el cuerpo de las personas, por la percepción e interpretación personal de los síntomas y signos de la enfermedad y por la manera como se vivencia la incapacidad del cuerpo para cumplir con lo que la persona espera de él. Este es un padecer sin enfermedad propiamente dicha.

El padecimiento como pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra (Dethlefsen y Dahlke, 1997).

La preocupación, la cual generalmente es la expresión de miedos o temores referidos a varios asuntos (impotencia, sufrimiento, inutilidad, marginación social, desprecio y aún la muerte) es una de las maneras más frecuentes de la persona de sentir su padecer. A esto, podemos agregar la desesperación, la vergüenza, el disgusto por molestar a los familiares, el sentimiento de minusvalía o inferioridad, etc. (Martínez, 2003).

Conrad, menciona aspectos de la experiencia del padecimiento: la incertidumbre, la carrera del enfermo, el estigma, el trabajo biográfico y la reconstrucción del yo, el manejo del tratamiento, los conocimientos, la concientización, el intercambio y las relaciones familiares (citado por Mercado, 1996).

Corbin y Strauss (1987), señalan que la aparición de un padecimiento crónico, como es la diabetes, se acompaña de una percepción de daño corporal vinculado a la incapacidad para desarrollar ciertas actividades, vinculado al mismo padecimiento (tipo, severidad, síntomas y sus variaciones), a su tratamiento y al tipo de actividad que se desempeña en la vida diaria.

Cada vez son más los estudios que reconocen la importancia del padecimiento en enfermedades crónicas, la mayoría de ellos se circunscriben a la investigación cualitativa y para tal efecto, los métodos más utilizados han sido la teoría fundamentada y la fenomenología (Mercado, 1996).

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Cuando un paradigma científico va agotando su capacidad de explicar la realidad y su poder de generar conocimientos útiles en el área para la cual se creó, lo más sabio y lógico es pensar en concebir otro, cambiar el modo de pensar a partir de nuevos conceptos básicos, de nuevos axiomas, de nuevos presupuestos (Martínez, 2001).

El mismo autor señala la imperiosa urgencia de encontrar en las ciencias humanas otro paradigma que sustituya el tradicional extrapolado de las ciencias naturales, bajo pena de que aquellas permanezcan estancadas con la ilusión de que produce un conocimiento incompleto y hasta falso, y una seudocerteza que a nada conduce.

El positivismo ha sido la filosofía dominante por muchos siglos, la concepción del mundo como objeto que debe ser estudiado por una ciencia objetiva y distanciada de éste, es su base filosófica. La investigación positivista, empleada tradicionalmente en el estudio de los seres humanos, se basa en los mismos supuestos del naturalismo o ciencia que investiga a los objetos, animales, plantas y otros fenómenos naturales. El naturalismo desconoce muchos aspectos cruciales del ser humano como agente y como persona y, por tal motivo, la investigación positivista tiene algunas limitaciones cuando se estudian los fenómenos humanos (Castillo, 1999).

En Ciencias Sociales existe una estrategia metodológica que ha cobrado un especial auge en los últimos años denominada genéricamente como investigación cualitativa (Scribano, 2000), la cual, probablemente, es más apropiada para entender y describir aquellos fenómenos humanos que interesan a los PS y que se conocen poco (Castillo, 1999).

Definición

Una gran variedad de perspectivas de investigación que emergen como alternativa al enfoque positivista (cuantitativo) dominante en el campo de las ciencias sociales desde el siglo XIX, se sitúan bajo el nombre de investigación cualitativa, la cual engloba toda una serie de tendencias en investigación, cada una de ellas con sus características diferenciales (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Mayan (2001) define a la investigación cualitativa como la exploración de las experiencias de la gente en su vida cotidiana. Patton (1990) menciona que también es conocida como indagación naturalística, en tanto que se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren. Taylor (2000) menciona que la metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos.

Para MacQueen (2002), la investigación cualitativa tiene que ver con la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir.

Para Álvaro (1995), la investigación cualitativa insiste en que el mundo social se diferencia del mundo físico en que el primero es construido en la interacción social y que, por tanto, es una realidad de significados compartidos.

Métodos de investigación cualitativa

Varios métodos o aproximaciones pueden ser usados para recolectar y analizar datos en investigación cualitativa. La elección del método depende de la pregunta de investigación. ¿Qué quiere encontrar? (la pregunta). Y, dado esto, ¿Cuál es el mejor camino para obtener la respuesta? (el método o la aproximación) (Mayan, 2001).

La fenomenología, etnografía y la teoría fundamentada son los métodos usados principalmente en investigación cualitativa (Rodríguez, et al., 1999; Mayan, 2001), otros métodos son, etnometodología, análisis del discurso, Investigación-acción y la biografía (Rodríguez, et al., 1999).

Fenomenología

Etimológicamente considerada, la fenomenología es el estudio o la ciencia del fenómeno (Dartigues, 1981), es decir de lo que aparece en la conciencia, de lo dado (Lyotard, 1989).

Sus raíces hay que situarlas en la escuela de pensamiento filosófico creada por Husserl en los primeros años del siglo XX. Para Husserl, la tarea de la fenomenología es construir a la filosofía como una ciencia rigurosa, de acuerdo con el modelo de las ciencias físico-naturales del siglo XIX, pero diferenciándose de ésta por su carácter puramente contemplativo (Rodríguez, et al., 1999).

Su nacimiento, y del método fenomenológico en particular, se debe a la toma de conciencia de la gran influencia que tienen en nuestra percepción las disposiciones y actitudes personales, las posiciones teóricas y la tradición aceptada, así como el deseo de limitar ese factor interno para dejar hablar más y revelarse más la realidad de las cosas con sus características y componentes estructurales propios (Martínez, 2001).

Para Martínez (2001) la fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son vividos, experimentados y percibidos por el hombre. Su énfasis primario está puesto en el fenómeno mismo, es decir, en lo que se presenta y revela a la propia conciencia y del modo como lo hace, con toda su creación y particularidad. No desea excluir de su objeto de estudio nada de lo que se presenta a la conciencia, sin embargo, desea aceptar sólo lo que se presenta y, precisamente así como se presenta. Se centra en el estudio de realidades vivenciales, que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona.

Van Manen (citado por Mélich, 1994) define a la fenomenología como el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad, la explicación de los fenómenos dados a la conciencia, el

estudio de las esencias, la descripción de los significados vividos, el estudio científico-humano de los fenómenos, la práctica atenta de las meditaciones, la exploración del significado del ser humano y el pensar sobre la experiencia originaria.

Para Rodríguez, et al., (1999) la diferencia fundamental de la investigación fenomenológica, frente a otras corrientes de investigación cualitativa, destaca en el énfasis sobre lo individual y sobre la experiencia subjetiva, al respecto Bullington y Karlson (citados por Tesch, 1990, p. 49) mencionan: la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad.

La fenomenología ofrece un punto de vista alternativo y diferente del positivista acerca de la objetividad y los métodos apropiados para el estudio de la conducta humana, básicamente sostiene que los científicos sociales no pueden comprender esta conducta sin entender el marco interno de referencia desde el cual los sujetos interpretan sus pensamientos, sentimientos y acciones (Martínez, 2001).

La fenomenología fue propuesta para descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista. Critica la visión cartesiana del ser humano. Su principal objetivo fue entender lo que significa ser una persona y como el mundo es inteligible para los seres humanos. La fenomenología mira las cosas por sí mismas (Castillo, 1999).

Morse y Field (1995) mencionan que el propósito de la fenomenología es estudiar y describir la esencia de la experiencia humana vivida.

Sánchez (1987) señala que la fenomenología se presenta como un método que intenta poner los fundamentos de una filosofía estrictamente científica y originar a partir de ahí una reforma de las ciencias.

Las realidades cuya naturaleza y estructura sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interna del sujeto que las vive y experimenta, exigen ser estudiadas mediante el método fenomenológico. En este caso se está estudiando una realidad cuya esencia depende del modo en que es vivida y percibida por el sujeto, una realidad interna y personal, única y propia de cada ser humano. El método fenomenológico

nació y se desarrolló para estudiar estas realidades como son en sí, por lo cual se permite que se manifiesten por sí mismas sin constreñir su estructura desde afuera, sino respetándola en su totalidad (Martínez, 2001).

El método fenomenológico se centra en el estudio de esas realidades vivenciales que son poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona. Podemos decir que este método es el más adecuado para estudiar y comprender la estructura psíquica vivencial que se da en un condenado y acusado injustamente, en la soltera que llega a ser madre contra su voluntad, en la pérdida de un ser querido, en el que se queda invalido o solo en la vida, o en el que padece una enfermedad incurable (Martínez, 2001), como la diabetes, etc.

La fenomenología considera que no es posible tener un conocimiento objetivo sobre el ser humano, por que todo el conocimiento es generado por personas que son y están en un mundo, que tratan de entender personas que también son y están en un mundo (Castillo, 1999).

Apps (1991) presenta el método fenomenológico como el desarrollo de seis fases:

1. Descripción del fenómeno. Esta fase supone partir de la experiencia concreta y describirla de la manera más libre y rica posible sin entrar en clasificaciones o categorizaciones.
2. Búsqueda de múltiples perspectivas. Se pueden obtener distintas visiones, del investigador, de los participantes, de agentes externos. Se trata de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes, incluso cuando son contradictorias.
3. Búsqueda de la esencia y la estructura. El investigador intenta captar las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio, además de las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas.

4. Constitución de la significación. El investigador profundiza más en el examen de la estructura, centrándose en como se forma la estructura de un fenómeno determinado en la conciencia.

5. Suspensión de enjuiciamiento. Se caracteriza por la suspensión de los juicios mientras se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio. Se trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las construcciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir.

6. Interpretación del fenómeno. Se trata de sacar a la luz los significados ocultos, tratar de extraer de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso.

Para el mismo autor, la fenomenología está interesada en entender los fenómenos en sus propios términos, y para lograrlo, se deben descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del ser humano, y está fundamentada en cinco supuestos filosóficos sobre la persona o ser humano:

1. Los seres humanos tienen mundo.
2. La persona como un ser para quien las cosas tienen significado.
3. La persona es un ser interpretativo.
4. La persona como corporalidad.
5. La persona como un ser temporal.

Para Mercado (1996) uno de los temas de interés entre quienes se adscriben a la fenomenología es el estudio de las prácticas interpretativas de los sujetos acerca de la naturaleza de la experiencia vivida y el orden social de la vida diaria, a partir de un conjunto de suposiciones subjetivas, es decir, su objeto de estudio. Es la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y reconstruyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, pero especialmente cómo proceden para producir y experimentar la vida diaria.

Siguiendo con este autor, otra característica de esta corriente radica en admitir que los significados subjetivos de los actores sobre el mundo de la vida se sustentan en un "conjunto de conocimientos" que comparten con los demás, compuestos por construcciones y categorías del sentido común cuyo origen es de naturaleza social.

Gerhardt menciona que el conocimiento del sentido común, a la par que el conocimiento científico, comparten el hecho de centrarse en la construcción de la realidad, y por lo tanto, aunque diferentes, son igualmente validos al reflejar la realidad objetiva del mundo externo (citado en Mercado, 1996).

Subjetividad

En investigación cualitativa, y primordialmente en fenomenología, se hace énfasis sobre la subjetividad, la cual es definida por Hessen (1996), como la cualidad del sujeto para producir conocimiento, que generalmente es el humano.

Para Güel (2001), la subjetividad es aquella trama de percepciones, aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos que nos impulsa y nos da una orientación para actuar en el mundo.

Para Bueno (1962), la subjetividad no se define por el sentimiento que cada uno experimenta de ser uno mismo, sino como la unidad psíquica que trasciende la totalidad de las experiencias vividas, que reúne asegurando la permanencia de la conciencia.

Para Gemelli y Zunini (1961), los hechos subjetivos son experimentados solamente por una persona y sólo ésta puede dar cuenta de ellos sin que otros tengan posibilidad de notarlo. Así, los fenómenos subjetivos, son propiamente nuestros (de cada una de las personas), otros no pueden conocerlos si nosotros no se los damos a conocer.

La búsqueda de la subjetividad llega a la indagación de las causas, al origen de la creación cultural, o sea nada menos que al espíritu (Bueno, 1962). Tanto en el lenguaje filosófico como en el uso vulgar o más común, los términos subjetividad y subjetivo pueden ser empleados en una doble acepción. Por una parte, de lo que verdaderamente no es

real, sino pertinente o relativo al ser en el que se dan las apariencias, en donde la ambigüedad de las palabras en cuestión es perfectamente sintomática. Por otro lado, la genuina subjetividad, la humana, tiene que ser real para que lo aparente pueda darse en ella; pero ha de ser real bajo la forma según la cual se pueda dar en ella lo aparente (Millan, 1967).

Corrientes filosóficas que fundamentan la subjetividad

Subjetivismo

El subjetivismo hace énfasis en que la verdad está fundada en los sujetos, "la verdad ya no está fundamentada en un reino de realidades suprasensibles, en un mundo objetivo, sino en una conciencia, en un sujeto" (Hessen, 1996, p. 39).

Esta corriente se apoya fundamentalmente en el hecho innegable de que los valores son fruto de una elección humana, que depende a su vez del carácter y las circunstancias que rodean al individuo. Esto no puede soslayarse ni substituirse por ningún otro elemento, pues la valoración es siempre un acto que efectúa el hombre, deriva de su naturaleza y depende de ella para su ejercicio (Bueno, 1962).

La doctrina subjetivista proclama la preeminencia del sujeto en el acto de la valoración, y, de acuerdo con su tesis general, puede adoptar la siguiente fórmula: el valor es un producto del sujeto, éste es el determinante del valor y posee definitiva prioridad sobre el objeto valorado (Bueno, 1962).

Para el subjetivismo el valor radica en la elección y la preferencia del sujeto, como una facultad suya que por ningún motivo se le puede separar (Bueno, 1962).

Empirismo subjetivo

Esta corriente filosófica destaca la introspección entendida como una mirada al interior de la mente, con la finalidad de buscar ideas generales que serán identificadas con imágenes y a su vez con la idea, pero niega la existencia de ideas generales abstractas (Copleston, 1992, Vol. 5).

Asimismo en esta corriente se acentúa el papel que desempeñan las ideas, "su razonamiento versa sobre ideas particulares, y la extensión que alcanzan es posible gracias a la capacidad que tenemos de hacer universal una idea particular, no por su contenido positivo, sino por su función representativa" (Copleston, 1992, Vol. 5, p. 209).

El mismo autor menciona que para esta corriente las ideas son las cosas sensibles, sin embargo, sólo pueden existir en la mente que las contiene, es decir, en el espíritu del sujeto.

Idealismo subjetivo

Para esta corriente toda la realidad está en la conciencia del sujeto y los objetos son sólo contenidos de conciencia, y su razón de ser consiste en ser percibidos, formar parte de los contenidos de nuestra conciencia, de manera que si se dejan de percibir, dejan de existir (Hessen, 1996).

Esta corriente determina que lo real es asequible únicamente por medio de la conciencia y aunque se pueda decir que algo existe independiente, no tendría sentido si no fuese por la misma conciencia (Ferrater, 1978).

Criticismo

El criticismo determina que el único medio por el cual se tiene conocimiento, es por la intuición del sujeto en relación inmediata con los objetos, es decir, el sujeto humano tiene que ser afectado de algún modo por el objeto (Copleston, 1992, vol. 6).

Deleuze (1981) menciona que el sujeto se define por un movimiento y como un movimiento, movimiento de desarrollarse a sí mismo. Lo que se desarrolla es sujeto. Ese es el único sentido que se le puede dar a la idea de subjetividad: la mediación, la trascendencia.

Para esta corriente, sólo se pueden hacer representaciones de los objetos externos al sujeto y estas representaciones están determinadas por el ánimo del sujeto, en otras palabras, las representaciones de los objetos dependen de las condiciones internas del sujeto que las percibe en condiciones de espacio y tiempo (Copleston, 1992, vol. 6).

Fenomenología y salud

Desde mediados de la década de los setenta un número creciente de trabajos en el área de la salud se adhiere a los postulados teórico-metodológicos de la fenomenología, hasta convertirse en el paradigma dominante de la sociología médica en países como Gran Bretaña y en menor medida en Alemania y Estados Unidos (Mercado, 1996).

Una serie de trabajos sobre la experiencia y el manejo del padecimiento se ha llevado a cabo desde la década de los setenta, bajo el principio básico de que los razonamientos de los pacientes (sujetos) son el reflejo de las teorías que elaboran acerca de su padecimiento y que influyen en sus actividades en materia de salud (Mercado, 1996).

IXHUATLANCILLO. ***La tierra donde nació***

Historia

El año de 1917 se toma como referencia para señalar la formación de Ixhuatlancillo como municipio, olvidando que tiene una tradición de gobierno propio desde la época prehispánica y durante la dominación española mantuvo su gobernador y cabildo. La población ixhuateca, desciende de los tlaxcaltecas quienes fundaron Ixhuatlán. Al principio de la dominación española huyeron de ese lugar y fueron regresados en 1601 al mismo sitio, ahí vivieron hasta que durante el siglo XIX se replegaron a Ixhuatlán del Monte, lo que hoy en día es conocido como Ixhuatlancillo (García, 2003).

Ubicación y contexto

Está ubicado en la zona montañosa del Estado de Veracruz, sobre las estribaciones del sur del Citlaltépetl, siendo su suelo bastante accidentado, cuenta con una altitud de 1420.00m y con una superficie de 39.48 km². Al Norte colinda con el municipio de La Perla, al Sur con el municipio de Nogales y la ciudad de Orizaba, al Este con el municipio de Mariano Escobedo y la ciudad de Orizaba y al Oeste con el municipio de Maltrata (Oficinas del programa de gobierno, 2002).

Se encuentra regado por arroyos de deshielo, que forman el río Blanco, su clima es templado-húmedo-extremoso, con lloviznas en verano y principios de otoño, con algunos fríos rigurosos y con nevadas en sus partes altas. Su temperatura promedio es de 12 °C y su precipitación pluvial media anual es de 1,500 mm. (Oficinas del programa de gobierno, 2002).

Los ecosistemas que coexisten en el municipio son el bosque de pináceas con pinos colorados, en el municipio se desarrolla una fauna compuesta por poblaciones de conejos, ardillas, mapaches, tlacuaches y aves (Oficinas del programa de gobierno, 2002).

Indicadores demográficos

La población total de este municipio en el año 2000, era de 11,914 personas, de las cuales 5,680 eran indígenas, hablantes de Náhuatl (Secretaría de Finanzas y Planeación, 2002). Los idiomas como el español y el náhuatl tienen variaciones en su pronunciación, palabras, sentidos y pragmática. Se llaman dialectos a esas formas locales de usar un idioma. En el caso de Ixhuatlancillo es muy conocido que tienen dificultades para comunicarse con otros nahuas de la sierra de Zongolica, ya sean de las zonas de Zongolica, Tequila o Atzompa (García, 2003).

Vivienda y Servicios Públicos

Según datos del INEGI (citado por Oficina del Programa de Gobierno, 2002) el municipio de Ixhuatlancillo, para el año 2000, contaba con un total de 2,727 viviendas particulares habitadas, de las cuales, 2,059 contaban con agua entubada, 1,694 con drenaje y 2,292 contaban con energía eléctrica.

Unidades de comercio y abasto

El INEGI en 2000 (citado por Secretaría de Finanzas y Planeación, 2002), reporta que Ixhuatlancillo cuenta con 1 tienda Conasupo y un mercado público, no cuenta con tianguis, rastros, central de abastos ni centros receptores de productos básicos, sin embargo, se ha observado que el día sábado, se coloca un tianguis frente al palacio municipal.

Fiestas populares

Las festividades tradicionales celebradas en Ixhuatlancillo, son las patronales de cada comunidad náhuatl, donde los mayordomos y fiscales de las iglesias organizan procesiones, misas y ofrendas a los santos

católicos, con un sincretismo religioso propio del grupo étnico, llegándose a celebrar más de 40 festividades al año (Secretaría de Finanzas y Planeación, 2002).

Educación

La secretaría de Educación y Cultura (citado por Secretaría de Finanzas y Planeación, 2002), menciona que Ixhuatlancillo cuenta con las siguientes escuelas: 6 de nivel preescolar, 2 de nivel preescolar indígena, 7 de nivel primaria, 4 de nivel primaria indígena, 1 de nivel secundaria, 1 de nivel bachillerato, no cuenta con escuelas de los niveles inicial, profesional medio, normal, y especial.

Salud

En el año 2000, el INEGI (citado por Oficina del Programa de Gobierno, 2002), menciona que en este municipio se cuenta con 3 unidades médicas de primer nivel, con 23 médicos, y en el año 2,000, se impartieron 75,474 consultas médicas.

Los Ixhuatecos dejaron de ser agricultores para volverse comerciantes, razón por la cual, viajan a diferentes lugares del país e inclusive a los Estados Unidos y Canadá, donde comercian sus productos. Por esto, han cambiado sus hábitos alimentarios, han dejado de consumir productos agrícolas, ahora consumen productos enlatados y comidas de preparación instantánea, lo cual les ha generado consecuencias como la diabetes tipo 2.

METODOLOGÍA

Propósito

Ofrecer información a los profesionales de la salud sobre el sufrimiento, la incapacidad y la forma como valoran, viven y enfrentan día a día (costo real de una enfermedad crónica) las personas que viven con diabetes tipo 2, con la finalidad de mostrar la necesidad de considerar estos aspectos en el tratamiento institucional para controlar esta enfermedad.

Tipo de estudio

- Cualitativo

Diseño

- Descriptivo

Selección del área y muestra

El área de estudio es el Municipio de Ixhuatlancillo, en la región de Orizaba, Veracruz.

La muestra la componen seis personas indígenas, hablantes de náhuatl. Tres varones y tres mujeres, con diabetes tipo 2, sin patologías agregadas, mayores de 25 años de edad y con por lo menos un año de haberseles diagnosticado la enfermedad.

Métodos

Se utilizaron 2 métodos

1. Fenomenología

- a) Descripción del fenómeno. Se partió de la experiencia concreta y se describió de la manera más libre y rica posible sin entrar en clasificaciones o categorizaciones.
- b) Búsqueda de múltiples perspectivas. Se trató de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes incluso cuando éstas fueran contradictorias, por lo cual se obtuvieron las visiones:
 - del autor (a quien en adelante se le nombrará investigador)
 - de los participantes
 - de agentes externos
- c) Búsqueda de la esencia y la estructura. Se captaron las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio, las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas.
- d) Constitución de la significación. Se profundizó más en el examen de la estructura, centrándose en como se forma la estructura de un fenómeno determinado en la conciencia.
- e) Suspensión de enjuiciamiento. Se suspendieron los juicios mientras se recogía la información y el investigador se familiarizaba con el fenómeno objeto de estudio. El investigador se distanció de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las construcciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir.
- f) Interpretación del fenómeno. Se sacaron a la luz los significados ocultos, extrayendo de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso.

2. Observación descriptiva

Se obtuvo información aludiendo a conductas, acontecimientos, y procesos concretos desarrollados por los informantes.

Estrategias y técnicas de obtención de información

Las técnicas que se emplearon fueron dos:

1. Entrevistas a profundidad

Mediante entrevistas abiertas se obtuvo información acerca del padecimiento de la diabetes, y por que ésta no se ha logrado controlar, procurando obtener las ideas, creencias y supuestos de las personas enfermas. Las entrevistas se realizaron en el medio donde las personas desarrollan su vida cotidiana, bajo situaciones diversas: trabajo, hogar, recorriendo el lugar, etc.

2. Registros observacionales

Se hicieron grabaciones en audio y video de las entrevistas, además, se obtuvo información mediante la observación de las personas, la cual fue registrada en el diario de campo, con el fin de triangular la información recabada en las entrevistas.

Codificación y análisis de los datos

La codificación se realizó de manera manual, bajo los siguientes procedimientos.

1. Reducción de datos

Se seleccionó la información para hacerla abarcable y manejable

- a) Separación en unidades. Con base en criterios temáticos, el conjunto global de datos se separó en unidades que resultaban relevantes y significativas para el presente estudio.
- b) Identificación y clasificación de unidades. Se examinaron cada una de las unidades de datos, identificando determinados componentes

temáticos que permitían clasificarla en varias categorías de contenido.

- c) Síntesis y agrupamiento. Se sintetizó en metacategorías la información contenida en varias categorías que tenían algo en común.

2. Disposición y transformación de datos

Al encontrar dificultades para analizar la información, por estar vagamente ordenada, fue necesario disponerla como un conjunto de datos ordenados.

3. Obtención y verificación de conclusiones

- a) Obtención de resultados y conclusiones. Desde el momento de reducir los datos, separar, identificar y clasificar las unidades, se obtuvieron algunos resultados y conclusiones.
- b) Verificación de conclusiones. Se confirmó que los resultados correspondieran a los significados e interpretaciones que las personas entrevistadas atribuyen a la realidad, mediante el intercambio de opiniones con otros investigadores y triangulación de la información.

RESULTADOS

Con diabetes: medicina para los que tienen dinero y yerbas para los pobres

El Sr. Asunción trabaja de campesino, por su edad, 83 años, sus patrones son condescendientes con él por lo que únicamente labora de 9 de la mañana a 4 de la tarde, pues los demás trabajadores lo hacen de 8 de la mañana a 8 o 9 de la noche. Su trabajo consiste en limpiar los terrenos que posteriormente serán cultivados, o aquellos que sirven para el pastoreo de ganado, arreglar las cercas de estos terrenos, y en general se encarga de que se encuentren en buenas condiciones para su uso.

En realidad su oficio es la jardinería, pero en este momento tiene que dedicarse al campo ya que, debido a la diabetes que su esposa padece desde hace 18 años, no puede salir a trabajar fuera de su comunidad, y la mayoría de las personas para quienes trabaja la jardinería, viven en Orizaba, pues en Ixhuatlancillo nadie requiere este tipo de servicios.

Por su trabajo en el campo le pagan \$15.00 pesos al día, *con los quince pesitos que gano, compro tortillas y verduras, a veces frijol, a veces nomás tortillas, para que yo y mi señora nos comamos un taco.* Sus hijos no lo apoyan económicamente, son sus hijas las que se encargan de regalarle algo de comer.

Su esposa, al encontrarse realizando las labores del hogar se cayó y se golpeó una pierna y la cabeza, *le dio calentura y ya no pudo hacer del baño*. El Sr. Asunción la llevó con el médico de la clínica rural, este la revisó, le dio pastillas para que pudiera hacer del baño, y le dijo que *con eso se pondría mejor*. Al mismo tiempo el Sr. Asunción enferma, le dio calentura. También tomó las pastillas que el médico le dio a su esposa, él se recuperó pero su esposa no, al contrario, se *hinchó más, se puso dura y casi no comía*, volvió a llevarla a la clínica rural y el médico le dijo, *ya no se va a aliviar, ya no la traigan*, le prescribió inyecciones.

A la esposa del Sr. Asunción se le cayó todo el cabello, *lo tenía grande hasta la cintura y así de repente se le empezó a caer a puños, hasta que quedó su cabeza bien peloncita*. Sus antepasados (*los antiguïtas*), generación tras generación, les enseñaron un remedio para la caída de cabello basado en arroz, *se lava el arroz con agua, queda como lechosita, y con esa lechita, se lava uno la cabeza, y se pone un trapo para que allí se quede lo que cura*. El Sr. Asunción empezó a aplicárselo a su esposa y poco a poco su cabello comenzó a crecer, lo que significaba que el remedio era efectivo.

El señor que inyectaba a su esposa le cobraba \$8.00 pesos, lo malo es que no siempre tenía tiempo y debía recurrir a cualquier otra persona del pueblo, quienes le cobraban \$15.00 pesos, lo que implicaba que en esa inyección gastara lo que ganaba por un día completo de trabajo, entonces el Sr. Asunción debía decidir entre comer o inyectar a su esposa, ya que *nadie inyecta si no hay dinero*.

Al médico de la clínica rural no le gustaba salir a atender pacientes a sus casas, *si no es en la clínica no atiende*, como el Sr. Asunción no podía llevar a su esposa para que la revisaran, ésta no recibía la atención médica que necesitaba.

Con todo esto y viendo a su esposa en cama le dieron ganas de llevarla a algún hospital, pero *todos cobran y muy caro, ninguno es de gratis*, el más barato se encontraba a dos municipios de distancia, en Río Blanco, y no tenía forma de trasladarla. *Para llevarla a algún hospital necesito pedir dinero prestado*, en el pueblo había quienes prestaban dinero, pero lo hacían dejando los papeles de los terrenos o propiedades. Estas personas *cobran el 30% de réditos mensuales*, y como sabía que

no podría pagarles debía conformarse con la atención que se le brindaba en la clínica rural.

El Sr. Asunción, desesperado por la situación, y con el antecedente de que el remedio del arroz funcionó para el cabello, buscó alternativas de atención para los dolores de su esposa, por lo que acudió con un yerbero a un mercado de Orizaba para que le diera algo que pudiera aliviarla, o que por lo menos le quitara las molestias. Le ofrecieron unas yerbas que *sirven para curar lo que tiene mi esposa*, su costo era de \$80.00 pesos ya que *contienen más de 30 propiedades medicinales y además de servir para la diabetes sirven para la calentura, la tos y muchas otras enfermedades.*

El té que se prepararía con ellas, *me dijeron que le ayudaría a mi señora a hacer del baño, pu's que se le saldría toda el agua que tiene adentro, y que le quitaría los dolores*, por lo que el Sr. Asunción pensó que en poco tiempo él podría verla como antes, además, estas plantas, *me sirven para mi y para todos los que se enfermen en la casa, y me van a durar para casi un medio año*, por lo que el Sr. Asunción decidió hacer sacrificios para no gastar nada de su dinero y poder comprarlas, *no pu's dije, nos mantenemos con lo que mis hijas nos den, y ya no voy a pagar sus inyecciones, no pu's es más barato comprar las yerbas que las medicinas.*

Después de un mes de tratamiento a base de este té, a diferencia del tratamiento médico, notó que su esposa mejoró, *ya pudo comer una manzana molida, y en la mañana ya se comió media tortillita y pudo dormir sin que le dieran los dolores.*

Por esto, el Sr. Asunción se alegró un poco, *'ora ya tengo más ánimo de trabajar*, y aun cuando no bajó la hinchazón de su esposa, él tenía confianza que *poco a poco se va a ir poniendo mejorcita*, incluso hacía planes para el futuro: *ahora que se levante y siga con su vida normal, le voy a pedir a mis hijas que maten un gallo, que hagan un caldito, un arrocito y un molito, pa' festejar que ya se curó.*

Lamentablemente el Sr. Asunción debió quedarse con las ganas de festejar ya que días después su esposa murió a causa de las complicaciones de la diabetes.

La verda' lo que gano no me alcanza

El Sr. José es comerciante, tiene 48 años de edad, se dedica a la venta de plantas de ornamento en la ciudad de Toluca y el Distrito Federal, hace aproximadamente un año le diagnosticaron diabetes tipo 2, a partir de ese momento, debido a la diabetes, tuvo que dejar el comercio y comenzó a trabajar en el campo. Como campesino, recibe un sueldo de \$40.00 o \$50.00 pesos por día de trabajo, trabaja de 8:00 de la mañana a 8:00 o 9:00 de la noche y el sueldo que gana dice no alcanzarle para mantener a su familia. Por esto, su esposa se ve en la necesidad de lavar ropa ajena, le pagan de \$8.00 a \$10.00 pesos por cubeta de ropa que lava y al día alcanza a lavar hasta tres cubetas.

Por lo anterior el Sr. José, se vio en la necesidad de mandar a uno de sus hijos de mayordomo, *se fue con un señor de Orizaba que vende ropa y creo que tiene negocios en el puerto, se va por dos o tres semanas, a veces hace el mes, ahí le dan de comer, le dan ropa, y le pagan un sueldito como de doscientos o trescientos pesitos a la semana.*

El Sr. José mencionó que, hace poco más de un año, se le presentaron los síntomas de la diabetes, *comencé a enflacar, tenía ganas de orinar a cada rato, más cuando tomaba cerveza o café, me empezaron a salir granos en el cuerpo, me comenzaban como unas ronchitas, se me ponían rojas y crecían, me reventaban, me salía muchísima sangre y me salía pero mucha, mucha pus, estas ronchas me salían en casi todo el cuerpo, pero más en el pecho, las piernas y en los brazos, sentía ardor y aún cuando podía caminar, lo imposibilitaban para trabajar.*

Entonces, su familia tenía que sobrevivir con los \$20.00 o \$30.00 pesos que su esposa ganaba al día, esta situación, al Sr. José lo tenía apenado y sentía que había dejado de ser útil, *me apena, pu' s yo pienso que no está bien que no' mas la mujer trabaje, está bien que ayude con los gastos, pero pu' s yo creo que también el hombre debe trabajar por que es su obligación, por que el hombre es el fuerte, y si yo ya no puedo trabajar, pues entonces pa' que sirvo.*

El Sr. José notó que las heridas producidas por estos granos le tardaban en sanar cada vez más tiempo, lo que le generó miedo, *me da miedo, por que yo antes si me cortaba, solito sanaba, si me cortaba, me espinaba o me caía, de volada me curaba solito, ya le digo, sin ponerme*

nada, pero ahora, pa' su mecha, tardo harto en componerme, y pu's si eso es 'orita, imagínese que va a ser después.

Por todo esto, el Sr. José decidió acudir con el médico de la clínica rural, *le dije a esta señora (su esposa) que me acompañara a la clínica y como a las 7 y media o las ocho de la mañana ya estábamos allí formados, nos fuimos sin almorzar, por que como mi hermana también tiene eso de la diabetes, me había dicho que tenía que ir uno sin comer nada, el doctor no nos pasaba, tardó mucho con los otros que entraron, y ya como a las dos de la tarde le dije a mi señora, vamonos, tengo harta hambre, tu también estas sin comer y yo creo que ya no vamos a pasar.*

Días después, como las molestias no aminoraban, acudió nuevamente a la clínica rural, en esa ocasión si alcanzó a ser revisado por el médico, *me dijo que tenía el azúcar en 150 (glucosa de 150 mg/dl), me dio una pomada para las ronchas, tres o cuatro días después de ponérmela, las ronchas se me quitan, pero al hacer alguna muina (coraje) me salen de nuevo, me da calentura y otra vez me sale sangre.*

Para la diabetes, el médico le dijo que comprara unos medicamentos, no le dio receta, sólo le dijo los nombres, pero a él se le olvidaron y mejor acudió a Orizaba a comprar unas yerbas, las cuales se estuvo tomando y notó que con ellas se le calmaban un poco las ganas de orinar y tardaban más en aparecerle las ronchas.

El médico le prohibió comer carne de puerco, sal, tortilla, pan, refresco, café, todo lo que tuviera grasas y azúcar, *pu's me prohibieron casi todo, me dijo el doctor que lo único que puedo comer son verduras y frutas, pero que fruta no de toda, creo que el plátano no o ya ni sé, eso sí, me dijo que tomara mucha agua, y como la verdad el dinero no me alcanza pa' comprar lo que me dijo, mejor me estoy curando con yerbas.*

De Ixhuatlancillo a Orizaba el camión realiza un trayecto de 15 a 20 minutos, el Sr. José, ha tenido que bajarse a medio camino por que no aguanta las ganas de orinar, a su esposa le dice que se vaya, que en Orizaba la alcanza, no quiere que ella se quede con él por que implicaría volver a pagar los dos pasajes y el dinero no le alcanza, *no pu's ya no tengo vuelto pa' pagar el pasaje, y yo puedo irme caminando pero ella ¿pu's como?.*

En dos ocasiones se ha orinado en los pantalones, *ya dos veces me gana en el pantalón, una vez, iba pa' Orizaba y así nomás de repente me andaba de la chis, y no pude aguantarme, me quería bajar pero ya me había ganado, me baje (del camión) y un señor me vio, me preguntó que qué tenía y pu's le platique lo que me pasaba, y que me había ganado, bien buena gente el señor me prestó un pantalón, me dijo que después se lo regresara o que ya me quedara con el y es que las ganas de orinar llegan de repente y no se puede uno aguantar.*

La vergüenza no lo dejaba salir a trabajar a Toluca o al Distrito Federal, porque no le alcanzaba para pagar el boleto en aquellos autobuses que cuentan con servicio de sanitario, en un viaje de Orizaba a México, iba a orinar 10 o 12 ocasiones, por lo que tenía que estar molestando al chofer para que lo dejara bajar a hacer del baño, lo cual ocasionaba malestar a otros pasajeros y burlas para su persona.

Por esto, optó por llevar consigo medio kilo de bolsas, para orinar en ellas, buscaba ser el último pasajero en subir al autobús para ver si los asientos de atrás no estaban ocupados, por que prefería viajar solo para que no vieran que orinaba en las bolsas, lamentablemente, casi siempre todos los asientos estaban ocupados, por lo que, aguantándose la pena, le explicaba a su compañero de viaje que él tenía diabetes y su continua necesidad de orinar, luego le pedía que se volteara, se tapaba con una chamarra y orinaba en la bolsa, para después tirarla por la ventana.

Esta Vergüenza crecía cuando le tocaba alguna señorita como compañera de viaje, pues a ella no se atrevía a contarle lo que le sucedía y optaba por decirle al chofer que lo dejara bajar a orinar, y nuevamente les ocasionaba malestar a los demás pasajeros y las burlas se repetían.

En Toluca, *una señora nos deja entrar al baño, nos cobra un peso, pero es que somos muchos, a mi me da asco, por que como me dijo un amigo, como somos muchos, algunos ni agua le echan, y pu's así tenemos que hacer por que ya nos anda, pero pueden pegarnos alguna enfermedad, pu's por las ronchas, mi señora ya ni quería dormir conmigo, me dijo, tu seguro ya te metiste con otra y te pegó una enfermedad y a mi pu's me daba pena, pero luego me dio coraje y le dije, yo esto que tengo es por la diabetes, pero si no quieres, duérmete allá con tus hijos.*

Al no tener dinero para comprar los medicamentos prescritos, comenzó a tomar remedios para la diabetes, como aquel que le dieron en una ocasión que se dirigía a la Ciudad de México, *se pone a secar la caca de la vaca en el techo y luego se deja que le caiga el sereno, hay que dejarla dos o tres noches y después se pone a hervir en más o menos un litro de agua y con medio limón exprimido se toma un vaso por la mañana, otro en la tarde y otro en la noche.* Tomar este remedio al Sr. José le daba asco, pero lo hacía con tal de curarse y no pasar vergüenzas en el autobús, *es mejor aguantarse el asco, que pasar vergüenzas en el carro.*

Otro remedio que tomaba, lo preparaba con una planta llamada cola de caballo, *se pone a secar y se hace un té, me lo tomaba tres veces al día pero como no sentí mejoría, mejor que lo dejo.*

El Sr. José deseaba tomar medicamentos, pero éstos eran caros y no le alcanzaba para comprarlos, *la pomada para mis ronchas me costaba \$135.00 pesos y las pastillas, unas así chiquititas, me costaban \$75.00 pesos, para poder comprarlas tengo que trabajar 2 días sin gastar nada.*

Instalaron una farmacia de medicamentos similares en el pueblo, esto le pareció una buena opción para intentar controlarse con medicamentos, *yo no he ido, pero me han dicho que las medicinas están muy baratas y creo que hasta ve uno al doctor gratis, y es que ya le digo, la verda' lo que gano no me alcanza.*

Como somos tantos, la comida apenas es pa' que le dé sabor a la tortilla

La Sra. María tiene 29 años de edad, le diagnosticaron diabetes hace un año, es madre de 7 niños, y tiene 7 meses de embarazo, es casada y vive en la casa de la hermana de su esposo.

Su esposo trabaja en el campo y tiene un sueldo de 50 pesos por día, trabaja de 8 de la mañana a 9 de la noche, cuando su esposo no tiene trabajo, va a traer leña al cerro, al día vende uno o dos rollos de leña y por cada uno le pagan \$4.00 pesos.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

La Sra. María ayuda con el gasto familiar lavando ropa ajena, *antes cuando tenía dos niños vendía tortillas que yo hacía a mano, pero ahora con tantos chiquillos ya no puedo. 'Orita para ayudar a mi esposo con los gastos, tengo que lavarle la ropa a la gente.*

Para ella era una obligación visitar a su madre que se encontraba en cama debido a las complicaciones de la diabetes, *yo siento obligación de ver a mi mamá, por que ella nos vio a nosotros cuando estábamos chicos y ahora ella pu's ya tiene como unos ocho meses que no se levanta, yo creo que tengo que estar con ella pa' ver que se le ofrece.*

Creía que debía visitarla y atenderla porque es su madre, además de que sus hijos se estaban dando cuenta de lo que pasaba, *si no la visito, que tal que después a mi me pasa lo mismo, uno nunca sabe, después que van a decir mis hijos, no, mi mamá no visitaba a mi agüe, pu's yo pa' que la visito a ella.*

En una ocasión la Sra. María cayó en cama y pensó que se iba a morir, al ver a sus hijos pequeños pensó, *me voy a morir y si me muero ¿qué va a ser de mis hijos?, están muy chiquitos, no saben hacer nada. Bajó mucho de peso, antes era muy gordita y ya no, ahorita uste' me ve así por que estoy embarazada, pero no, ya bajé mucho de peso, yo pensé que era por que me hicieron el papanicolau, y fui a ver a la doctora que estaba antes en la clínica, pero me dijo que no, que era por que hacía muchas muinas, y por que yo antes tomaba mucho café, y luego café y muinas juntos, pu's por eso.*

La médica que la revisaba anteriormente, le dijo que fuera a consulta con el nuevo médico de la clínica. Días después decidió acudir con él para que la revisara, le tomó la presión, y le dijo que estaba bien, que aún cuando tenía diabetes, debido a su embarazo, no podía darle medicamentos, *el doctor me dijo que no me iba a dar medicinas, por que estoy embarazada, que si estaba tomándome las pastillas que me habían dado pa' la azúcar, que las dejara, que de lo demás estaba yo bien, me dijo que ya no tome medicinas, que mejor coma muchas verduras y que tome mucha agua.*

El médico le prohibió comer carne de puerco, tortillas, pan, azúcar, café, huevo, memelitas, *todo lo que yo comía antes, me dijo que pollo si puedo comer pero que le quite bien la grasa y el cuerito. Lo malo es que*

cuando mis niños me dicen que quieren comer, casi siempre me piden de lo que me hace daño, pero pu's ellos que culpa tienen de lo que a mi me pasa.

La Sra. María siempre terminaba haciéndole de comer a sus hijos lo que le pedían, y como el gasto que le dejaba su esposo no le alcanzaba para comprar lo que el médico le había dicho que ella podía comer, debía comer la comida que hacía para su esposo e hijos, a la cual, por cierto, le tiene miedo, por que sabe que le hace daño, *ahora es peor, por que me la como, me hace daño y como que me da miedo y asco comérmela.*

La Sra. María extrañó la comida que el médico le prohibió. Le desagradó que le hubieran prohibido comer carbohidratos, *siento feo que me diga (el médico) que no coma tortillas, por que aquí en la casa, uno come muchas tortillas, mi esposo se come diez o doce, mi hijo el más grande, se come hasta veinte tortillas, si, es re comelón, yo ya le he dicho que no coma tanto, por que le puede pasar lo que a su agüelita o a mí, pero pu's como le vamos a hacer, si pa' llenarnos necesitamos comer tortillas, como somos tantos, la comida apenas es pa' que le dé sabor a la tortilla.*

En ocasiones sus hijos le preguntaban *¿por qué no quieres comer?*, le decían que comiera con ellos como lo hacía antes, *esta situación me hace sentir triste, porque mis hijos sienten feo por que no coma con ellos, yo creo que sienten que no me gusta comer con ellos, o como que los estoy despreciando.*

Para la Sra. María, lo que le está pasando le produce miedo, *siento que me voy a morir, siento miedo de llegar a estar como mi mamá, tiemblo, siento feo, no se, nomás de pensar que me voy a morir.*

Al momento de dar a luz a cada uno de sus hijos, se sentía fuerte, con ninguno le aplicaron suero ni vitaminas, pero ahora que tiene diabetes, siente que no tiene fuerzas para dar a luz, *ya no estoy como antes, ahora me siento débil, sin fuerzas, creo que hasta me voy a morir,* esto la preocupa, *como voy a dejar a mis hijos solos, que va a ser de ellos, y pu's por eso siento miedo, me he puesto a llorar.*

La Sra. María Sentía que no tenía fuerzas ni para caminar, lo hacía por que tenía que mostrarse fuerte con sus hijos, *aunque no tenga fuerza pa' caminar, tengo que estar levantada y alegre, pa' que mis hijos*

me vean así, por que si me acuesto, mis hijos me preguntan que qué tengo, qué por que estoy triste, que si me hicieron algo, y yo los noto como que se sienten mal, y la verda' yo no quiero eso pa' mis hijos.

Como la clínica no se daba abasto en atender a todas las personas de la comunidad, ella aprendió a detectar cuando aumentaba el azúcar en su sangre, *yo me doy cuenta cuando se me sube el azúcar, siempre ando sudando y cuando se me sube el azúcar, me siento toda pegajosa, como si me hubieran puesto dulce en el cuerpo, y cuando estoy bien, ni siento el sudor, además, si se me sube el azúcar, mi sudor me sabe dulce, dulce, y cuando no, me sabe como salado.* Lo que le permitía a ella saber cuando necesitaba cuidarse y cuando podía compartir la comida que había preparado para su familia.

La Sra. María insistía en el miedo que le producía el hecho de pensar que a ella le llegara a pasar lo mismo que a su mamá, quien padecía diabetes desde hace 18 años, *es que a mí me da miedo que me pase lo que a ella (su mamá), yo vi como se hinchó, se puso toda dura, el pecho se le hizo como una piedra, olía muy mal, le hicieron tres viajes lavativa, y cuando llegaba a comerse algo, por poquito que fuera, la panza se le ponía dura, dura.* Al morir su mamá, ella estuvo presente, *yo vi cuando se murió, la vi como se desinfló todita, le salía agua por los ojos, por la boca, por la nariz, era una agua pero apestosísima, y yo dije ¿apoco así me va a pasar a mí?, no pu's se siente feo.*

Conforme se acercaba el momento del parto, le aumentaba el miedo. Miedo a morir, a no conocer a su hijo, a dejar a sus hijos pequeños, pero el miedo que en verdad la hacía temblar, era llegar a encontrarse como su mamá, *como yo la vi morir, no'mas no puedo dejar de pensar en que así me va a pasar.*

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Factores que se contraponen al tratamiento y control de la diabetes

Mediante las entrevistas a profundidad se identificaron seis factores que se contraponen al tratamiento y control de la diabetes. La finalidad de mostrar estos factores es que sean tomados en cuenta al diseñar los tratamientos, para lograr su prevención y control.

I. Tratamiento basado en medicamentos.

- a) La dieta y el ejercicio sólo en pocas ocasiones son tomados en cuenta para el control de la diabetes.

A pesar de que en la Norma Oficial Mexicana para el control y prevención de la diabetes, se indica que el médico debe inducir al paciente a la adopción de medidas de carácter no farmacológico (dieta balanceada y ejercicio físico), cuando una persona con diabetes acude con el médico, lo que hace éste es prescribirle medicamentos, específicamente, hipoglucemiantes orales, y sólo en pocas ocasiones le indica cambiar su alimentación e incrementar la cantidad de actividad física.

El doctor me revisó, no me dijo nada, sólo me dio una caja de pastillas y me dijo que me las tomara, me apuntó otras pastillas, pa'que yo las comprara, y como mi hermana me había dicho que me iban a decir que ya no comiera carne y que no tomara refresco, le pregunté al doctor, y ya fue que me dijo que comiera mucha verdura y tomara mucho agua, también me dijo que no coma puerco, sal, ni dulces, pero de ejercicio no me dijo nada.

- b). El médico confía en que las personas pueden adquirir los medicamentos prescritos.

La economía de las personas no es tomada en cuenta para la adquisición de los medicamentos, el médico los receta, señala las dosis en que deben ser tomados y espera que las personas los adquieran sin dificultad, lo cual no sucede en personas de bajos recursos, ya que deben decidirse entre adquirir los medicamentos y satisfacer sus necesidades básicas.

'Ta difícil, por que, o comemos o compramos las medicinas, y como la verdad el dinero no me alcanza pa' andar comprando las medicinas, mejor lo dejo.

- c) Los medicamentos deben competir con los tratamientos alternos.

Una de las causas por las que el tratamiento basado en medicamentos ha fracasado, es que las personas comparan el dinero que se van a gastar en éstos, y la cantidad que gastan en tratamientos alternos como los que son basados en yerbas, por lo que prefieren los últimos al ser más económicos.

Los medicamentos sólo son para una persona y para una enfermedad específica, sin embargo, las yerbas *además de servir para la diabetes, sirven para la calentura, la tos y muchas otras enfermedades y sirven para todas las personas que enfermen en casa.*

II. Se prohíbe a las personas seguir tratamientos diferentes al médico.

- a) Los médicos "reprenden" a las personas por acudir a tratamientos alternativos.

Cuando el médico se entera que las personas han seguido algún tratamiento diferente al que él prescribió, las *regaña*, las culpa de que su glucosa no se controle e inclusive ya no quiere atenderlas.

Le dije al doctor que me estaba tomando un té, que se enoja, me regaña y me dijo que si ya me había dado medicinas, pa' que me tomaba eso, que si no le hacía caso y seguía tomando el té, que mejor ya ni fuera, que haber si así me curaba.

b) Las personas confían en los tratamientos alternos.

De igual o mayor forma que lo hacen en el tratamiento médico, las personas confían en los tratamientos alternos, lo que el médico les dice para ellas es válido, *por eso estudiaron*, pero ellos también han adquirido conocimientos para tratar sus enfermedades, los cuales son igualmente válidos ya que generación tras generación se ha demostrado su eficacia.

Los antigüitas, nos enseñaron a curarnos con plantitas, yo creó que las medicinas las hacen con esas plantas, por que las medicinas si funcionan, y los tecitos que hacemos con las plantas también, es más, a veces uno se cura con puros remedios y son bien buenos.

c) Las personas acostumbran los tratamientos alternos a la medicina.

Es una costumbre de las personas al sentir que enferman, tratar de aliviar su enfermedad a base de tratamientos alternos, sólo en caso de no sentir mejoría, acuden con el médico.

Pu's nosotros si alguien se enferma le damos té, lo sobamos, y lo dejamos pa' ver que pasa, como se pone, en pocos días ya lo ve como si nada, y es que pu's así nos acostumbramos, como antes no había medicinas, lo más que conseguíamos era desenfriol, ora que si no se compone, entonces si, lo llevamos al doctor.

III. Cuando la dieta forma parte del tratamiento, es considerada desagradable por las personas.

a) Los médicos piden a las personas cambiar el tipo y cantidad de alimentos que usualmente consumían.

A lo largo de toda su vida, las personas adquieren una forma de alimentarse y se acostumbran a ella. Por esto, cuando el médico les ordena cambiar el tipo de alimentos que acostumbran consumir, las personas no siguen su prescripción.

Aquí, se acostumbra mucho el café, yo lo tomaba desde hace muchos años, y ahora que el doctor me dijo que me hace daño, ya tomo menos, pero se me hace re' difícil, por eso no lo he dejado, antes me tomaba hasta cuatro vasos, 'orita ya nomás me tomo dos.

- b) La gente acostumbra comer hasta saciarse, sin importar la cantidad.

Las personas acostumbran comer lo que les gusta, en la cantidad que desean y cuando lo desean (para comer no es necesario tener hambre), debido a esto, cuando el médico les ordena disminuir la cantidad de alimento que consumen, esto les resulta aversivo, debido a que los hace sentirse insatisfechos.

- *Lo que me dijo el doctor que coma ni me llena, apenas comí y ya tengo hambre otra vez.*
- *A mí lo que me dice el doctor que coma no me quita el hambre, por eso no le hago caso.*

IV. Las personas tienen sus propias explicaciones para la enfermedad.

- a) Las personas explican sus enfermedades a partir de sus conocimientos y creencias.

Partiendo del conocimiento empírico que han adquirido durante su vida, las personas explican sus enfermedades y, antes de acudir al médico, a partir de este mismo conocimiento, tratan de curarlas.

Muchas veces cuando mis hijos se enferman, yo se por que les pasó y también sé que hacerles pa'que se compongan, si les duele la panza, les doy un té de hierbabuena , o les doy café con limón, y pa' l vómito, un té de albacar, por que así nos curaba mi mamá, y si no se componen con eso, los llevo a la clínica.

- b) La explicación de la enfermedad que el médico da a las personas, por su complejidad, no es aceptada.

Al no comprender lo que el médico les dice sobre su enfermedad, buscan entender las causas por las que enfermaron, tratan de dar una explicación a su enfermedad e intentan encontrar la forma de aliviarse.

A mí el doctor me dijo que tengo diabetes, y me dijo, ya ni me acuerdo, algo de la sangre. Yo creo que me dio porque hacía muchas muinas, por que si `brita hago muinas me siento mal.

V. La familia juega un papel trascendental sobre seguir o no el tratamiento médico.

- a) Decisiones como el tipo de tratamiento a seguir se toman en el seno familiar.

Cuando a una persona le diagnostican o cree haber enfermado de diabetes, acude a su familia para pedir consejos sobre lo que debe hacer, si la persona ya acudió al médico y se encuentra bajo tratamiento, las opiniones familiares son fundamentales para continuar con él o abandonarlo.

Como las pastillas no me calmaban fui a ver a mi hermana y le pregunte qué se estaba tomando ella, me dijo que las medicinas no le hacían nada, que mejor ni me las tomara, que es mejor tomar cola de caballo y pu's por eso me lo empecé a tomar y dejé de tomarme las pastillas.

- b) Experiencias anteriores de familiares con diabetes facilitan o dificultan el cumplimiento del tratamiento médico.

Si en la familia hay otra persona que desde antes padece diabetes, sus experiencias con el tratamiento médico facilitarán o dificultarán que la persona con diabetes cumpla al pie de la letra el tratamiento médico prescrito, si la persona ofrece buenas referencias sobre este tratamiento, seguirlo será más fácil, empero, si las referencias son malas, seguirlo será sumamente difícil.

Yo no quiero tomar pastillas, cuando se murió mi jefecita, hizo pero mucho de la popo, uno de mis hermanos fue y con una varita le movió, tenía pero un montón de pastillas, yo creo que todas las que tomaba allí no'mas se quedaban, por eso yo no quiero pastillas.

VI. La actividad laboral se contrapone a la prescripción médica.

- a) Acatar o no la prescripción médica, depende de la actividad laboral de las personas.

Para la mayoría de los ixhuatecos, su trabajo se contrapone al tratamiento de la diabetes, el ser comerciantes y viajar a distintas partes no les permite cuidar su alimentación, es decir, esta actividad no les permite llevar a cabo una parte fundamental para lograr el control de la diabetes, la dieta.

Allá en Toluca vivimos hasta diez personas en un cuarto que rentamos, tenemos una estufita pa' cocinar pero ni tiempo da, como tenemos que salir a las seis o siete de la mañana pa' apartar nuestro lugar en el tianguis, nos vamos sin almorzar, yo mejor compro mi maruchan (sopa de preparación instantánea) y a veces eso como en todo el día, me como una en la mañana, me como una o dos como a las cuatro de la tarde y otra en la noche.

Las comidas de preparación instantánea, como la sopa Maruchan representan rapidez y facilidad en su preparación, y para un comerciante, estos aspectos son fundamentales ya que garantizan la rapidez necesaria que se necesita al comer para atender a la clientela, y la facilidad en su preparación al no contar con los utensilios necesarios para cocinar.

CONCLUSIONES

Si la diabetes ha avanzado de tal manera que se ha ubicado como la primera causa de muerte en nuestro país, a pesar de contar con los avances científicos y tecnológicos actuales, es que la forma de atención no ha cumplido con los objetivos para la que fue diseñada. Estrategias como la adherencia, el cumplimiento y educación para personas con diabetes, utilizadas en dicha forma de atención, no han cubierto las expectativas, debido a que los PS no han tomado en cuenta las condiciones personales y socioculturales de estas personas.

Por lo anterior, la Secretaría de Salud en el Programa de Acción para la Diabetes Mellitus (2001), indica que si bien se tiene lo necesario, hay que realizar un cambio de paradigma para lograrlo: pasar de los medicamentos como eje de control a la modificación de los estilos de vida, pues frecuentemente se trabaja con los medicamentos como factor principal para controlar la enfermedad, y se soslaya la indicación de modificación de hábitos, tanto alimenticios como de ejercicio físico.

Para aumentar la probabilidad de que esta propuesta se consolide, además de atender las observaciones antes señaladas, en este nuevo paradigma, será necesario reconocer factores como las vivencias, pensamientos, percepciones e interpretaciones de las personas que desarrollan diabetes. Para que a los enfermos se les pueda concebir como personas en lugar de pacientes y la enfermedad tendrá que ser reconocida como padecimiento, para así generar una forma de atención alternativa a esta enfermedad.

Cuando los PS tomen en cuenta estos factores, podrán dejar de tratar a quienes acuden por sus servicios como pacientes, y empezarán a tratar personas, personas que además de sufrir un daño físico, lo están padeciendo emocional y socialmente, y caerán en cuenta que el padecimiento va más allá de la enfermedad, ya que ésta se encuentra únicamente en el organismo, a diferencia del padecimiento que puede iniciarse con un daño en él, pero no se queda ahí, trasciende, se encuentra donde la persona coexiste, vive con ella y se manifiesta no sólo en el cuerpo, sino en la vida misma de quien padece.

Parafraseando a Albert Einstein: el pez no tiene conciencia del agua en que vive, porque no tiene referencia de ningún otro medio.

Para tomar en cuenta estos factores es necesario considerar a las personas, y para lograrlo, es imprescindible escucharlas, para que de esta manera, se puedan diseñar y dirigir los tratamientos hacia ellas, sin esperar que únicamente sean éstas quienes se adapten a dichos tratamientos, y en consecuencia se modificaría lo que señala Cardoso (2002. p. 110): "se estudia la diabetes que tienen las personas desconsiderando a las personas que tienen la diabetes".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu, L. M. & Martín, A. L. (2002). *Fundamentos del diagnóstico* (10ª ed.). México: Méndez editores.
2. Aguilar, G. E. (1990). *Cartas a un diabético*. México: Trillas.
3. Alvarado, O. C., Milian, S. F. & Valles, S. V. (2001). Prevalencia de la diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 43, No. 5. 459-463.
4. Álvaro, J. L. (1995). *Psicología social: Perspectivas teóricas y metodológicas*. Madrid: Siglo Veintiuno.
5. Apps, J. (1991). Dirección de un examen crítico en las prácticas de educación permanente. *Revista de educación*. No. 294. pp.141-162.
6. Buendía, M., Fernández, P. & Garza, E. (1980). Manifestaciones orales de la diabetes mellitus. Tesis de licenciatura. México: ENEP Zaragoza
7. Bueno, M. (1962). *Principios de antropología*. México: Patria S.A.
8. Campos, N. R., Torres, D., Nora, A. E. & Sabido, C. (2001) Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 39, No. 1. 15-19.

9. Cardoso, G. M. A. (2002). Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de ciudad Nezahualcoyotl. Tesis doctoral. México: I.N.A.H.
10. Castillo, E. (1999). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Obtenido el 19 de febrero de 2004, de <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/mar2000/Fenomenologia.html>
11. Copleston, F. (1992). *Historia de la filosofía. De Hobes a Hume* (Vol. 5), (Doménech, A.Trad.). México: Planeta.
12. Copleston, F. (1992). *Historia de la filosofía. De Wolf a Kant* (Vol. 6), (Sacristán, M. Trad.). México: Planeta.
13. Corbin, J. & Strauss, A. (1987). *Accompanements of chronic illness: changes in body, self, biography, and biographical time*. En J. Roth, & P. Conrad (Eds.). *The Experienceand Management of Chronic Illnes* (pp. 249-281). Greenwich: JAI Press.
14. Cueva, A. V., Mejía, M. J., Luengas, V. H. D. & Salinas, S. O. (2003). Complicaciones del pie diabético. Factores de riesgo asociados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 41, No. 2. 97-104.
15. Dartigues, A. (1981). *La fenomenología*. Barcelona: Herder.
16. Davis, M., Robbins, E. & McKay, M. (1986). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
17. Deleuze, G. (1981). *Empirismo y subjetividad* (2ª ed.). Barcelona: Gedisa.
18. Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1997). *La enfermedad como camino*. México: Dinámica.
19. Diabetes Care (2001). Nationals standards for diabetes self-management education clinical practice recommendations 2001. Standards and criteria. Página Web de la American Diabetes Association. Obtenido el 25 de septiembre de 2001, de www.diabetes.org/clinical/recomendations/supplement101/s126

20. División Técnica de Información Estadística en Salud (2003). La mortalidad en la población derechohabiente del IMSS, 2001. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 41, No. 4. 345-354.
21. División Técnica de Información Estadística en Salud (2003). Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS, 1991-2002. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 41, No 5. 441-448.
22. Dolger, H. & Seeman, B. (1991). *Como vivir con la diabetes*. México: Diana.
23. Drury I. M. (1991). *Diabetes Mellitus* (2a ed.). Madrid: Médica Panamericana s.a.
24. Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. & Becerra, J. (1997). *El diabético optimista: Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México: Trillas.
25. Farreras, V. (1992). *Medicina interna*. Barcelona: Doyma.
26. Federación Internacional de la Diabetes. (2004). Economía y Diabetes. Obtenido el 25 de Febrero de 2004, de <http://www.fmdiabetes.com/diabetes/economia.asp>
27. Federación Mexicana de Diabetes (2003). Obtenido el 25 de febrero de 2004, de <http://www.fmdiabetes.com/diabetes/dnumeros.asp#Mexico>
28. Ferrater, J. (1978). *La filosofía actual*. (3ª ed.). Madrid: Alianza.
29. Ferrer, V. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud. Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de psicología de la salud*. año 1, No. 7. pp. 37-38.
30. Figuerola, D. (1997). *Diabetes*. Barcelona: Masson.
31. García, M. A. (2003). *Raíz y razón de Ixhuatlancillo*. Xalapa, Veracruz: Instituto Nacional Indigenista.

32. Gemelli, A. & Zunini, G. (1961). *Introducción a la psicología*. Barcelona: Luis Miracle.
33. Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. Obtenido el 25 de noviembre de 2003, de <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5029,00.html>
34. Güel, P. (2001). Subjetividad social: desafío para el nuevo siglo. Obtenido el 14 de julio de 2004, de <http://www.revistapolis.cl/2/guell.htm>
35. Hessen, J. (1996). Teoría del conocimiento. En *Separ cuantos*. No. 351. (Artículo original 1932). México: Porrúa.
36. Houston, J. C. (1978). *Texto básico de medicina*. Buenos Aires: El Ateneo.
37. Islas, A. S. & Lifshitz, G. A. (1993). *Diabetes Mellitus*. México: McGraw-Hill.
38. Jiménez, C. (1998). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II*. Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba.
39. Kilo, C. y Richmond, J. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.
40. Krall, L. & Beaser, R. (1991). *Manual joslin de diabetes*. España: Mason-Salvat.
41. Lerman, G. I. (1998). *Atención Integral del Paciente Diabético* (2ª ed.). México: McGraw-Hill.
42. Lutfey, K. & Wishner, W. (1999) Beyond "compliance" is "adherence". *Diabetes care*. Vol. 22, No. 4. pp. 635-639.
43. Lyotard, J. F. (1989). *La fenomenología*. México: Paidós.
44. MacQueen, K. (2002). Introducción: Enriquecimiento de los hechos y las cifras. Obtenido el 18 de Mayo de 2004, de <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network/v22-2/ns2221.html>

45. Martínez, C. F. (2003). *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. México: Manual Moderno.
46. Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación*. México: Trillas.
47. Mayan, M. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Obtenido el 19 de febrero de 2004, de <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>
48. Meichenbaum, D. & Turk, D. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Desclée de Brower.
49. Mélich, J. C. (1994). *Del extraño al cómplice: La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.
50. Mercado, M. F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
51. Millan, A. (1967). *La estructura de la subjetividad*. Madrid: Rialp S.A.
52. Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, (2001) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, página web de la Secretaría de Salud. Obtenido de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/>
53. Möler, E. (1994). *El gourmet diabético*. México: Panorama.
54. Morse, J. & Field, P. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2ª ed.). Thousands Oaks, CA: Sage.
55. Murillo, J. (1999). Vivir con diabetes: *Guía para pacientes, sus familiares y educadores*. Madrid: Neo Person.
56. NOAH, (1997). Pregúntale a Noah sobre diabetes. Obtenido el 25 de febrero de 2000, de www.noah.cuny.edu

57. Oficina del Programa de Gobierno, Gobierno del Estado de Veracruz. (2002). Obtenido el 18 de octubre de 2004, de <http://www.ixhuatlancillo.gob.mx/secciones.php?seccion=datosgeograficos&cx=81>
58. Oficina del Programa de Gobierno, Gobierno del Estado de Veracruz. (2002). Obtenido el 18 de octubre de 2004, de <http://www.ixhuatlancillo.gob.mx/secciones.php?seccion=vivienda&cx=81>
59. Oficina del Programa de Gobierno, Gobierno del Estado de Veracruz. (2002). Obtenido el 18 de octubre de 2004, de <http://www.ixhuatlancillo.gob.mx/secciones.php?seccion=salud&cx=81>
60. Oppenheim, I. (1988). *Manual para técnicos de laboratorio*. México: Panamericana.
61. Patton, Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2ª ed.). Newbury Park, CA: Sage.
62. Rivero, S. O. (1993). *Tratado de medicina interna* (2ª ed.). México: Manual Moderno.
63. Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación Cualitativa* (2ª ed.). Málaga: Aljibe.
64. Rodríguez, M. J. R., López, C. J. M., Rodríguez, P. J. & Jiménez, M. J. A. (2003). Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el estado de México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 41, No 5. 383-392.
65. Rodríguez, M. J. R., Munguía, M. C., López, C. J. M., Hernández, S. J. L. & Casas, E. (2001). Egresos de pacientes diabéticos en un hospital general regional. Análisis de 7 años. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 39, No. 2. 121-126.
66. Sánchez, J. (1987). *La crisis del pensamiento lógico y el surgir de la fenomenología del profundo*. Málaga: Grafima.

67. Scribano, A. (2000). Reflexiones Epistemológicas sobre la Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Obtenido el 18 de mayo de 2004, de <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/08/frames06.htm>
68. Secretaría de Finanzas y Planeación, Gobierno del Estado de Veracruz. Obtenido el 18 de octubre de 2004, de <http://www.sefiplan.gob.mx/menuframes/informacion/municipios/pdfmunicipios/ixhuatlancillo.pdf>
69. Secretaría de Salud (2001). Principales causas de mortalidad general, 2001, Nacional. Obtenido el 04 de julio de 2003, de www.salud.gob.mx
70. Secretaría de Salud (2001). Programa de acción para la diabetes mellitus. Obtenido el 13 de septiembre de 2004 de www.ssa.gob.mx/docprog/estrategia_3/diabetes_mellitus.pdf
71. Secretaría de Salud (2002). Comunicado de prensa No 027, 1 de marzo de 2002. Página web de la Secretaría de Salud de México. Obtenido el 23 de marzo de 2002, de http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm
72. Seguí, C. A. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
73. Shils, M., Olson, J., Shike, M. & Ross, A. (2002). *Nutrición en salud y enfermedad* (Vol. 2). México: Mcgraw-Hill.
74. Taylor, B. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. México: Paidós.
75. Taylor, R. B. (2002). *Medicina de familia Principios y práctica*. (5ª ed.). España: Masson.
76. Tenorio, G., Guerrero, S. P. J. & Torres, A. E. (2000). Prevalencia de uveítis aguda anterior en el paciente diabético. *Revista Médica del Hospital General de México*. Vol. 63, No. 3. 165-170.

77. Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: analysis and Software Tools*. Bristol: The Falmer Press.
78. Tierney, M. L., Mcphee, S. J. & Papadaki, A. M. (1997). *Diagnóstico clínico y tratamiento* (32a ed.). México: Manual Moderno.
79. Vázquez, R. & Escobedo, P. (1989). Análisis de la mortalidad por diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 28, No 2. 157-170.
80. Velázquez M. O., Lara E. A. & Peña C. A. La diabetes en México. Obtenido el 4 de Julio de 2003, de www.fep.paho.org/diabetesbul/spanish/section2.asp
81. Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Obtenido el 25 de noviembre de 2003, de <http://saludparalavida.sld.cu//modules.php?name=article&file=article&sid=82>
82. Zárate, A. (1997). *Diabetes mellitus: Bases para su tratamiento*. México: Trillas.
83. Zola, K. (1991). Bringing our Bodies an ourselves back in: reflexión on a past, present, and future 'Medical Sociology'. *Journal of Healt and Social Behavior*. No. 32. pp. 1-16.